

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Biomedicína

Studijní obor: Preventivní medicína



**MUDr. Lenka Štěpánková**

## **Léčba závislosti na tabáku a depresivní porucha**

**Úspěšnost léčby pacientů s anamnézou depresivní poruchy**

## **Tobacco Dependence Treatment and Depressive Disorder**

**Treatment Outcomes in Patients with Depression History**

**DIZERTAČNÍ PRÁCE**

Školitel: doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Konzultant: doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Praha, 2013

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25.1. 2012

MUDr. Lenka Štěpánková

Podpis

**Identifikační záznam:**

ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka. *Léčba závislosti na tabáku a depresivní porucha, [Tobacco Dependence Treatment and Depressive Disorder]*. Praha, 2013. Stran 81, 4 přílohy. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, 3. interní klinika a Ústav hygieny a epidemiologie. Vedoucí práce: Doc. MUDr. Eva Králíková, CSc.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Poděkování</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Abstrakt český</b>   | <b>7</b>  |
| <b>Abstrakt anglický</b>  | <b>8</b>  |
| <b><u>1. Úvod:</u></b>  |           |
| <b>1.1. Význam tématu</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1.2. Prevalence kouření u pacientů s psychickými poruchami</b>               | <b>9</b>  |
| <b>1.3. Možnosti prevence</b>   | <b>10</b> |
| <b>1.4. Diagnostika a léčba závislosti na tabáku</b>                            |           |
| <b>1.4.1. Psychobehaviorální intervence</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>1.4.2. Farmakoterapie závislosti na tabáku</b>                               | <b>20</b> |
| <b>1.4.3. Diagnostika závislosti na tabáku a hodnocení abstinčních příznaků</b> | <b>22</b> |
| <b>1.5. Vztah depresivní poruchy, kouření a odvykání kouření</b>                | <b>26</b> |
| <b><u>2. Vlastní výzkum</u></b>   |           |
| <b>Úspěšnost léčby závislosti na tabáku u pacientů s a bez anamnézy deprese</b> |           |
| <b>2.1. Cíl</b>   | <b>28</b> |
| <b>2.2. Metodika:</b>   |           |
| <b>2.2.1. Charakteristiky souboru</b>   | <b>28</b> |
| <b>2.2.2. Způsob léčby</b>  | <b>29</b> |
| <b>2.2.3. Kritéria hodnocení</b>  | <b>31</b> |
| <b>2.2.4. Použitý software a zpracování dat</b>                                 | <b>31</b> |
| <b>2.3. Výsledky</b>  | <b>32</b> |
| <b>Rozpracování výsledků dle závislosti na pohlaví</b>                          |           |
| <b>2.4. Genderový pohled na odvykání kouření</b>                                | <b>37</b> |
| <b>2.5. Analýza úspěšnosti dle pohlaví a anamnézy deprese</b>                   | <b>39</b> |
| <b>2.6. Shrnutí kapitoly 2</b>  | <b>45</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>3. <u>Diskuze</u></b>   | <b>46</b> |
| <b>4. <u>Navržená opatření a implementace léčby závislosti na tabáku v mezinárodním kontextu</u></b> |           |
| 4.1. Implementace do zdravotního systému   | 48        |
| 4.2. Problematika tabáku ve výuce lékařských fakult  | 49        |
| 4.3. Systém léčby závislosti na tabáku na klinice Mayo   | 51        |
| 4.4. Hrazení péče v rámci zdravotního pojištění  | 53        |
| 4.5. Evropská síť nekuřáckých nemocnic   | 54        |
| 4.6. Evropský projekt kategorizace a hodnocení služeb odvykání kouření                               | 55        |
| 4.7. Zařazení aktivit k odvykání kouření do psychiatrické péče                                       | 57        |
| 4.8. Shrnutí kapitoly  | 59        |
| <b>5. <u>Závěr: Shrnutí výsledků a praktických výstupů práce</u></b>                                 | <b>60</b> |
| <b>6. <u>Literatura</u></b>  | <b>62</b> |
| <br>Přílohy:   |           |
| Příloha č. 1: FTND   | 70        |
| Příloha č. 2: MNWS   | 71        |
| Příloha č. 3: MPSS   | 72        |
| Příloha č. 4: Publikační a přednášková činnost   | 73        |

**Poděkování:**

Děkuji své školitelce, doc. MUDr. Evě Králíkové, CSc. z Centra pro závislé na tabáku 3. interní kliniky a Ústavu hygieny a epidemiologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, za mnoho cenných vědomostí a trpělivé vedení v průběhu studia a přípravy disertační práce. Dále svým kolegyním z Centra pro závislé na tabáku, MUDr. Kamile Zvolské a MUDr. Alexandře Kmeťové, za podporu a spolupráci při léčbě našich pacientů a při sběru dat. Kolegům z Institutu biostatistiky a analýz Lékařské fakulty a Přírodovědecké fakulty Masarykovy Univerzity v Brně, Ing. Milanu Blahovi Ph.D., Mgr. Zbyňku Bortlíčkovi a Mgr. Michalu Štíchovi, za spolupráci při provádění statistických analýz. Doc. MUDr. Martinu Andersovi, Ph.D. z Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, za konzultace a kontrolu správnosti psychiatrické terminologie. Svému manželovi a dětem děkuji za jejich podporu, trpělivost a lásku.

## **Abstrakt: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s anamnézou depresivní poruchy**

**Úvod:** Vyšší prevalence kouření mezi pacienty s depresí než v populaci stejně jako vyšší riziko výskytu depresivní poruchy mezi kuřáky jsou jednoznačné, názory na léčbu závislosti na tabáku v této podskupině kuřáků kontroverzní.

**Cíl:** A/ Srovnání roční validizované abstinence pacientů našeho Centra pro závislé na tabáku (CZT) s/bez depresivní poruchy v anamnéze B/ Analýza faktorů potenciálně spojených s úspěšností léčby.

**Metoda:** Retrospektivní analýza 1730 pacientů CZT z let 2005 – 2010, léčených intenzivní psychobehaviorální intervencí a farmakoterapií (náhradní nikotinová terapie, vareniklin, bupropion či jejich kombinace), roční abstinence validizována měřením CO ve výdechu.

**Výsledky:** Soubor tvořili silně závislí kuřáci (průměrná hodnota desetibodové škály 6.1 u depresivní vs. 5.6 u nedepresivní podskupiny,  $p=0.010$ ), s podílem 50.12 % mužů. U 16.7% pacientů (289/1730) sledovaných pro depresivní poruchu v minulosti či v současnosti byla roční abstinence 32.5 %, u pacientů bez anamnézy depresivní poruchy pak 38.7 % (OR 1.31, CI 95%, 1.0-1.71,  $p=0.048$ ). Statisticky významně nižší úspěšnost léčby však byla pouze u mužů, nikoli u žen, a pouze u těch pacientů s anamnézou depresivní poruchy, kteří nebyli v době sledování léčeni antidepresivy. Po rozdělení dle pohlaví a adjustaci pro základní kovariantní charakteristiky nebyla deprese spojená s nižší úspěšností léčby závislosti na tabáku u žen, (OR = 0.87; 95% CI, 0.55-1.39;  $p = 0.568$ ), ani u mužů (OR = 0.57; 95% CI, 0.30-1.10;  $p = 0.093$ ). Faktory z hlediska jednorozměrné analýzy statisticky významné pro pozitivní výsledek odvykání jsou: 1. počátek kouření v 19 a více letech, 2. průměrný počet cigaret méně než 20/den, 3. absence depresivní poruchy v anamnéze, 4. vyšší počet návštěv CZT v průběhu léčby, 5. farmakoterapie závislosti na nikotinu.

**Závěr:** Ačkoliv jednorozměrná analýza prokázala statisticky významně nižší úspěšnost léčby závislosti na tabáku po jednom roce léčby u pacientů s anamnézou depresivní poruchy (32,5 % vs 38,7 %), dle vícerozměrné analýzy zahrnující další faktory neovlivnila anamnéza deprese významně úspěšnost léčby závislosti na tabáku u mužů ani žen. Intenzivnější léčba (více návštěv) a užívání farmakoterapie závislosti na tabáku významně zvyšují úspěšnost léčby u všech sledovaných podskupin.

**Diskuse:** Léčba závislosti na tabáku může být úspěšná u pacientů s depresí stejně jako bez ní, ale měla by být intenzivní včetně užívání farmakoterapie a psychosociální intervence.

**Klíčová slova:** Závislost na tabáku/nikotinu, deprese, léčba

**Abstract:**

**Introduction:** Higher prevalence of smoking among depressive patients, as well as higher risk of depression in smokers, are well documented. Views on treatment of tobacco dependence in this subgroup of smokers are controversial.

**Aim:** A/To compare the abstinence rate among smokers with or without a history of depression receiving treatment for nicotine dependence at one year follow up.  
B/ Factors associated with treatment success were evaluated and analysed.

**Methods:** A retrospective analysis of 1 730 smokers treated at our Centre for Tobacco-Dependent (CTD) between 2005 and 2010 was conducted. Patients were treated with a combination of psychobehavioural interventions and pharmacotherapy (nicotine replacement therapy, varenicline, bupropion or combinations). At one year follow-up smoking abstinence was biochemically validated by measuring expired CO.

**Results:** 16.7 % (289/1730) of smokers currently, or had formerly, received treatment for depression. Based on the average Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND), most patients with a history of depression were heavily nicotine dependent with a score of 6.1, compared to 5.6 ( $p=0.010$ ) among those without a history of depression. The CO validated success rate in the depressive subgroup was 32.5 % vs. 38.7 % in the non-depressive subgroup (OR 1.31, CI 95%, 1.0-1.71,  $p=0.048$ ). The success rate was significantly lower in men and among those with a history of a depressive disorder, who had not been treated with antidepressants at follow-up. After adjusting for confounding factors, multivariate analysis showed, that depression was not associated with lower success rate of tobacco dependence treatment in women (OR = 0.87; 95% CI, 0.55-1.39;  $p = 0.568$ ), nor men (OR = 0.57; 95% CI, 0.30-1.10;  $p = 0.093$ ).

A number of factors were, in univariate analysis, significantly associated with successful tobacco dependence treatment: 1. Regular smoking initiation at age 19 or older, 2. Number of cigarettes per day (CPD)  $\leq 20$ , 3. No history of depression, 4. Higher number of follow up visits at the Centre, 5. Use of pharmacotherapy for smoking cessation (varenicline, bupropion or NRT).

**Conclusion:** Although univariate analysis showed a significantly lower success rate of tobacco dependence treatment in those with the history of depression (32.5 % vs. 38.7 %), multivariate analysis including other factors showed that a history of depression was not associated with treatment success in men, nor women. More intensive therapy (frequent follow up) and the use of pharmacotherapy significantly increased the success rate of treatment in all subgroups.

**Discussion:** Treatment of tobacco dependence can be effective in patients with or without a history of depression. Treatment should include frequent follow up, psychosocial support and the use of pharmacotherapy.

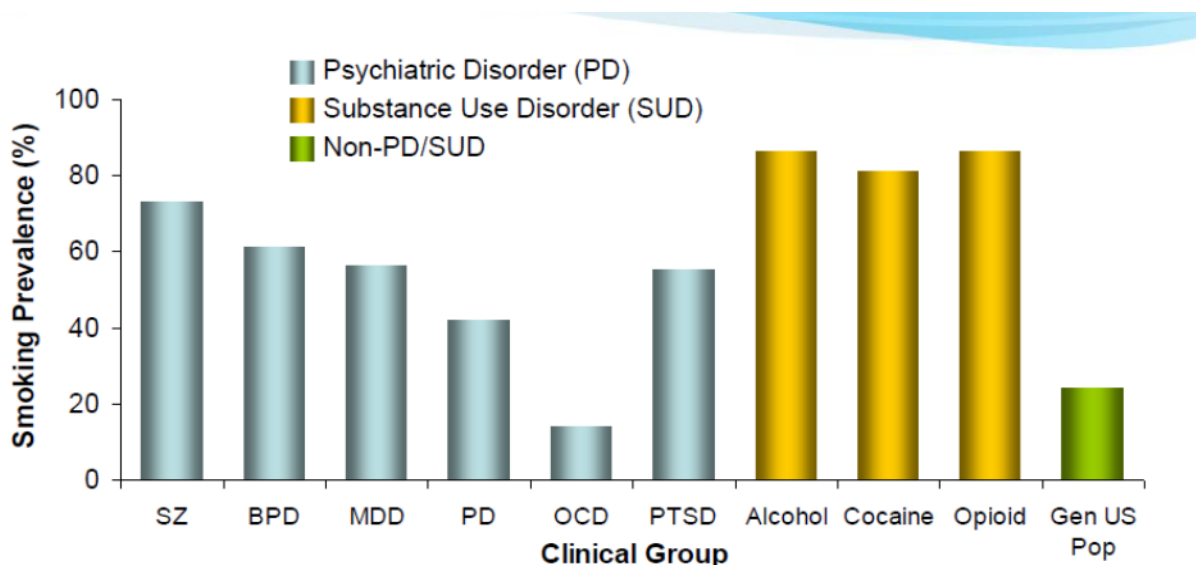
**Key words:** Nicotine/Tobacco dependence, Depression, Treatment



## 1. Úvod:

**1.1. Význam tématu:** Kouření je nejvýznamnější preventabilní příčinou mortality a morbididy ve vyspělých státech (WHO 2009). Dopady kouření závažně ohrožují individuální i veřejné zdraví. O somatických důsledcích na téměř všechny orgánové systémy existuje ohromné množství důkazů (WHO 2009, Králíková 2013). O dopadech užívání tabáku na psychiku a propojení kouření a psychických poruch se však odborníci začali zajímat až v posledních desetiletích. Pohled na nikotin jako návykovou drogu byl dlouhou dobu zpochybňován a důležitost odvykání kouření u pacientů s psychickými onemocněními či se závislostí na jiných drogách je klinickými pracovníky často přehlížena dosud. V České republice je možné dohledat první práce o kouření a odvykání kouření u této podskupiny pacientů dokonce až v posledních letech, původních českých prací s touto problematikou je stále minimum. Přitom se jedná o téma, která je aktuální a potenciálně přínosné pro velký podíl české populace.

**1.2. Prevalence kouření u pacientů s psychickými poruchami:** Bylo opakovaně prokázáno, že mezi pacienty s psychickými poruchami kouří vysoké procento pacientů, dle typu diagnózy 50-80% (s výjimkou obsedantně-kompulzivní poruchy), tj. v průměru více než dvojnásobné proti zdravé populaci (Lasser 2000, Kalman 2005). Navíc jsou tyto pacienti v průměru více závislí a kouří průměrně více cigaret denně než osoby bez psychických obtíží (Lasser 2000, Kalman 2005, Králíková 2013). Spolehlivá data o kouření pacientů v psychiatrické péči z ČR nejsou k dispozici. Celková prevalence kouření v ČR byla v roce 2010 29.1 % (Sovinová 2011), čili vyšší nežli v USA, kde bylo v roce 2010 identifikováno 19.3% kuřáků. (CDC 2011) Můžeme proto oprávněně v České republice očekávat minimálně stejný či podíl kuřáků mezi pacienty s psychickými poruchami, jako ve Spojených státech amerických. Srovnání prevalence kouření ve zdravé populaci a u nositelů psychiatrické komorbidity či s jinými závislostmi viz graf číslo 1.



Graf č.1: Prevalence kouření u jmenovaných klinických skupin a v obecné populaci (US)  
Adaptováno dle Kalman D. et al.: Am J Addict. 2005;14:106-123.

Vysvětlivky: SZ- schizofrenie , BPD- bipolární afektivní porucha, MDD- depresivní porucha, PD- panická porucha, OCD- obsedantně-kompulzivní porucha, PTSD- posttraumatická stresová porucha. Dále zleva sloupce: závislost na alkoholu, kokainu, opiátech a obecná populace USA.

**1.3. Možnosti prevence:** Tato epidemiologická čísla jsou varující a vyvstává tak praktická otázka, jakým způsobem tuto situaci řešit. Jednou z možností jsou preventivní aktivity – je jistě nejlepší, aby mladí lidé vůbec kouřit nezačali. Ačkoli primární prevence není předmětem této práce, dovoluji si zopakovat alespoň nejdůležitější pilíře prokazatelně účinné prevence tak, jak jsou shrnuty v publikaci WHO M-Power (WHO Report 2008). Tato opatření nejsou řazena dle efektivity, nejúčinnější z nich je zvýšení daní z tabákových výrobků a zavedení nekuřáckých veřejných prostor.

#### ***Účinné faktory prevence užívání tabákových výrobků: M-POWER:***

**Monitor tobacco use and prevention policies** - Monitorování užívání tabáku a preventivní opatření

**Protect people from tobacco smoke** - Ochrana před pasivním kouřením

**Offer help to quit tobacco use** - Pomoc při odvykání kouření

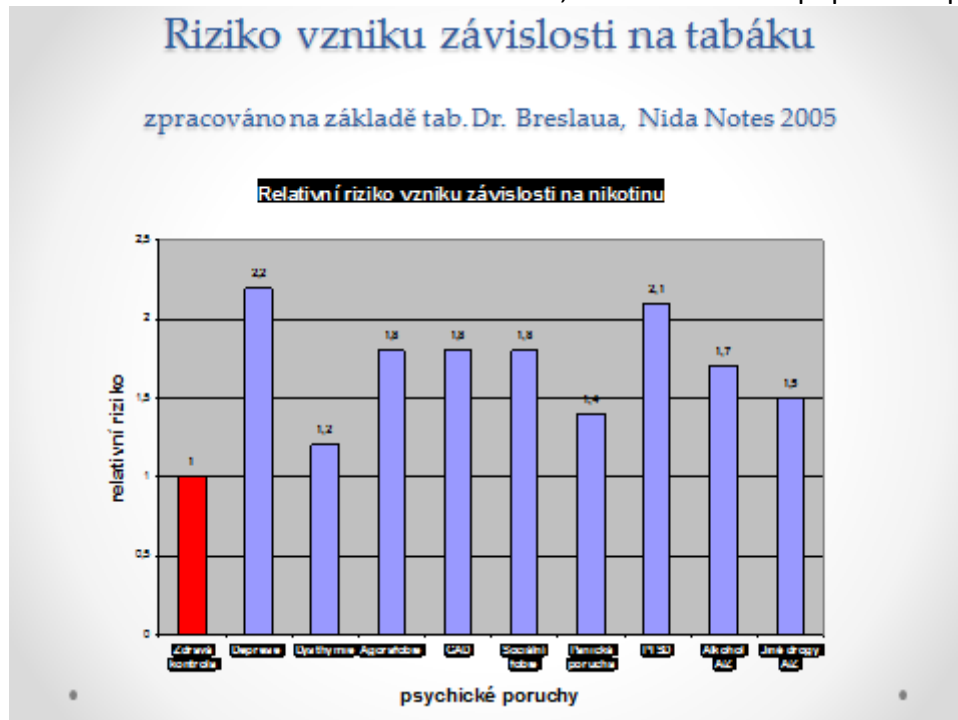
**Warn about the dangers of tobacco** - Zdravotní varování

**Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship**- Zákaz reklamy, sponzorování a marketingu tabákových výrobků

**Raise taxes on tobacco** – Růst daní z tabákových výrobků

I přes důsledně prováděnou prevenci však nemalé procento populace začíná kouřit, u osob s psychickými problémy je navíc přibližně dvojnásobně vyšší riziko, že se stanou na nikotinu závislími, pokud se s ním v některé formě setkají, viz graf č. 2. (Breslau 2001).

Graf č. 2: Riziko vzniku závislosti na tabáku, srovnání obecné populace a psychických poruch



Vysvětlivky ke grafu č. 2, dle sloupců za sebou: 1. Zdravé kontroly 2. Depresivní porucha 3. Dysthymie 4. Agorafobie 5. GAD – generalizovaná úzkostná porucha 6. Sociální fobie 7. Panická porucha 8. PTSD- posttraumatická stresová porucha 9. Závislost na alkoholu 10. Závislost na jiných drogách

Proto je nutné věnovat pozornost možnostem podpory odvykání kouření a léčby závislosti na tabáku, navíc s ohledem na specifika skupin obyvatel, které jsou vulnerabilní- jako jsou právě lidé psychicky či jinak zdravotně handicapovaní, dále adolescenti, těhotné ženy a svobodné matky, příslušníci etnických minorit či skupiny jinak socioekonomicky znevýhodněné.

Potřeba zavedení odborné a dosažitelné pomoci při odvykání kouření je zdůrazněna v mnoha mezinárodních dokumentech, především je zakotvena v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku, Framework Convention on Tobacco Control, v článku 14 (FCTC 2003). Tento první mezinárodně závazný dokument v historii WHO byl Českou republikou ratifikován jako jednou z posledních zemí (po obstrukcích v parlamentu a následně odkládaném podpisu prezidentem republiky Václavem Klausem), 2. května 2012.

Pomoc při odvykání kouření by měla být dle článku 14 široce dostupná pro všechny zájemce a na všech stupních zdravotního systému, s různou intenzitou dle zaměření a možností pracoviště. Blíže se problematice systému léčby závislosti na tabáku bude věnovat kapitola 4. Intervence by měla být zaměřena jak na psychosociální závislost na tabáku, která se vyvíjí postupně u všech kuřáků (1.4.1.), tak na závislost fyzickou, která je přítomna přibližně u 70% pravidelných kuřáků (Fiore 2000) a je možné ji ovlivnit především farmakoterapeuticky (kapitola 1.4.2.). Diagnostikou závislosti na tabáku a hodnocením abstinenčních příznaků se zabývá kapitola 1.4.3.

## **1.4.: Diagnostika a léčba závislosti na tabáku**

### **1.4.1. Psychoterapeutický přístup (Psychobehaviorální intervence) k odvykání kouření**

Abychom se mohli věnovat této otázce, je důležité ujasnit si pojmy, se kterými budeme v dalším textu operovat. Zatímco kouření je behaviorální aktivita, závislost na tabáku je nemoc zařazená do Mezinárodní klasifikace nemocí do skupiny psychických onemocnění pod označením F17.2 (WHO 1992). Je třeba si uvědomit, že závislost je vlastně sociální koncept, nikoli jednotné onemocnění, a její vnímání a definování se stále vyvíjí dle současné úrovně poznání i společenské situace.

V současné Evropě je nejšířeji používána definice závislosti uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí MNK-10 (WHO 1992), která definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince prioritu před jiným, dříve preferovaným chováním. Dle striktní definice je možno určit diagnózu závislosti tehdy, pokud se v posledním roce objevily alespoň tři z těchto symptomů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (v anglické literatuře craving)
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo o množství látky
- c) tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku

- d) průkaz tolerance k účinku látky: Vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. (Pozn.: Kuřák 20- 30 cigaret denně do organismu dostane množství nikotinu pro nekuřáka smrtelné- tj. nad 50 mg)
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky či zotavení se z jejího účinku
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

V USA je pak používána definice Americké psychiatrické asociace, DMS-IV (APA 2000), která je velmi podobná výše citované definici, liší se především absencí prvního kritéria MKN-10 - cravingu neboli bažení. Naopak navíc v ní můžeme nalézt položku: Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky.

Jak lze vyčíst ze syntézy těchto definic, koncept závislosti obsahuje 3 důležité okruhy problémů: Postupnou adaptaci organismu, jež nastoluje novou (patologickou) rovnováhu, těžko ovladatelnou touhu užít danou látku (v anglosaské literatuře označovanou jako craving) a opakovaná selhání pokusů ukončit daný druh nežádoucího chování.

Toto jsou konvenční definice, zaměřující se na popis závislosti jako stavu zhoršené kontroly nad užíváním určité látky. Dle novějších konceptů, reprezentovaných např. v knize profesora Roberta Westa Theory of Addiction (West 2006), by však měla stát v centru pozornosti především porucha motivačního systému. Závislost je zde pojímána více jako mnohaúrovňový proces ovlivňovaný vnitřními stavy i vnějšími impulsy. Klíčovou roli zde dle Westa sehrává právě porucha motivačního systému, který sestává z pěti úrovní:

1. **Plans** – plány: vědomé mentální reprezentace budoucího chování
2. **Responses**- odpovědi: začátky, ukončení a modifikace akcí
3. **Impulses/inhibitory forces**- impulsy a inhibiční síly
4. **Motives**- motivy: mohou být individuálně vnímány jako přání
5. **Evaluation**- subjektivní hodnocení.

Z počátečních písmen uvedených kategorií v angličtině pochází název této teorie: **PRIME theory**. Více se o ní můžete dozvědět na [www.primetheory.com](http://www.primetheory.com).

Každou z těchto úrovní motivace je možno v průběhu léčby ovlivnit jiným způsobem, od prostého vyhýbání se impulsům ke kouření až po budování nové, nekuřácké identity.

***Patologie podkládající závislost jako poruchu motivačního systému mohou být různého původu:***

1. abnormality motivačního systému, které nejsou přímo způsobeny návykovým chováním (například chronická úzkost, deprese, nízké sebehodnocení, nízká kontrola impulsů apod.)
2. abnormality motivačního systému způsobené návykovým chováním (senzitivace k efektu stimulačních drog, tolerance, abstinenci příznaky, změny nálady způsobené požitím drogy)
3. patologické okolí působící na v zásadě normální motivační systém, které zhoršuje možnosti problém zvládnout (životní styl společenských ikon, zvláštní sociální prostředí, lidé v chronicky stresujících podmínkách)

Nikotin je vysoce návyková droga, a proto vznik závislosti na tabáku není u kuřáka žádnou výjimkou – naopak: přibližně 70 % pravidelných denních kuřáku splňuje kritéria diagnózy F17.2 ve smyslu uvedených definic. (Fiore 2000)

Závislost na tabáku je velmi pravděpodobně přítomna u kuřáka, který kouří více než 10 cigaret denně a zapaluje si první cigaretu do hodiny po probuzení. (Králíková 2013) K podrobnějšímu posouzení míry závislosti na tabáku/nikotinu se používá řada různých dotazníků, nejpoužívanějším je Fagerströmův test závislosti na nikotinu - v anglické literatuře má zkratku FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence), jak bude blíže rozvedeno v kapitole IC.

V průběhu léčby závislosti je nezbytné zacílit všechny její aspekty co nejdůsledněji. Fyzickou stránku závislosti - způsobenou množováním a senzitivací nikotinových receptorů a dalšími mechanismy prostřednictvím farmakoterapie, psychosociální stránku závislosti pak prostřednictvím psychobehaviorální intervence. Současně je nutná co nejlepší kompenzace případně přítomných psychických problémů a onemocnění. Duální diagnózy, tj. souběh závislosti na tabáku + závislost jiných drogách či přítomnost psychické poruchy, jsou totiž velmi časté.

Závislost na tabáku nelze zredukovat pouze na fyzickou, drogovou závislost na nikotinu. Je potřeba vzít v úvahu i individuální psychické charakteristiky a sociální prostředí kuřáka. Kouření může také být pro kuřáka rituálem - jako takové má za sebou dlouhou historii. Počátky užívání tabáku jsou, jak známo, spjatý již s americkými indiány, kterými byl

tabák používán pouze k těmto rituálním účelům. Kouři byla v historii lidstva často přikládána magická moc a ani v dnešní době nelze tuto archetypální rovinu zcela opomíjet (Gilman 2006)

Psychosociální složka závislosti se vyvíjí postupně s tím, jak si kuřák zvyká žít s cigaretou – odtud pochází označení kouření jako návykového chování. Je zvyklý zapalovat si v různých, pro něj typických situacích: V partě spolužáků či v jiné společnosti, u kávy s kamarádkou, při relaxaci či naopak ve stresu, při přestávkách v práci, po jídle, ve spojení s alkoholem a v mnoha dalších situacích.

Jedním z předpokladů úspěchu je identifikovat tyto typické situace, tak zvané spouštěče, ve kterých si kuřák obvykle zapaluje. Ty mohou být v průběhu odvykání rizikové a mohou být impulsem k obnovení nežádoucího chování. Naučit se je předvídat a vyrovnat se s nimi novým způsobem je nedílnou složkou léčby každé závislosti (viz dále).

Jednoznačným dokladem nutnosti psychosociální intervence je pouze částečná úspěšnost samotné farmakoterapie při odvykání kouření. Ačkoli jsou léky velmi významnou pomocí v léčbě závislosti na tabáku, použité samostatně a bez další psychoterapeutické podpory a vedení mají pouze omezenou úspěšnost (Fiore 2008, Králíková 2013). Tuto však psychosociální či lépe psychobehaviorální podpora významně zvyšuje vzhledem k tomu, že se zaměřuje na léky nepostihnutelnou složku naučeného chování a emocí v bio-psycho-sociálním kontextu konkrétního pacienta.

Vždy je nezbytné, aby si kuřák uvědomil, že ačkoli kombinace léků a psychobehaviorální intervence je velkou podporou, musí především sám chtít přestat kouřit a být ochoten tomu přizpůsobit své chování a někdy i životní styl.

Psychická podpora má svoje nezastupitelné místo ve všech fázích odvykacího procesu. V literatuře je nejčastěji uváděno rozdělení procesu odvykání dle stadií připravenosti ke změně (Stages of change). Tento koncept poprvé publikovali Prochaska a DiClemente (DiClemente 1991):

1. Precontemplation: Stadium předzáměrné- pacient neuvažuje o tom, se by přestal kouřit
2. Contemplation : Stadium záměru- pacient uvažuje o tom, že chce přestat kouřit, ale nikoli v následujícím měsíci

3. Preparation: Stadium přípravy - pacient plánuje přestat kouřit v následujícím měsíci, je ochoten si určit den D
4. Action: Stadium akce- ode dne D, kdy pacient přestal kouřit, po dobu půl roku
5. Maintenance: Stadium udržení abstinence

V úvodu léčby - ve stadiu rozvažování - je důležité pacienta motivovat, a to s ohledem na jeho vlastní priority a žebříček hodnot. Samozřejmě je důležité vysvětlit mu známé zdravotní komplikace kouření – a to s ohledem na jeho vlastní anamnézu. Je však důležité využít nejen zdravotní argumenty. Důvodů přestat kouřit může být mnoho - zdravotní, finanční, rodinné, společenské, přání být svobodný a nikoli svázaný svou závislostí aj. Je důležité pomoci nalézt v rozhovoru s pacientem jeho vlastní důvody, které ho budou motivovat k pokusu přestat kouřit a dále si motivaci udržet v průběhu odvykacího procesu i při přítomnosti abstinenčních příznaků. Na motivaci pacienta je možné působit na mnoha úrovních, jak již bylo řečeno v úvodu kapitoly. Vhodné pro terapeuta je absolvovat některý z výcviků v technice motivačních rozhovorů dle Millera a Rollnicka (Miller 2002), v českém prostředí lze najít bližší informace na internetové adrese [www.motivacni-rozhovory.cz](http://www.motivacni-rozhovory.cz).

Důležité je pacienta pouze neupozorňovat na rizika kouření, ale vysvětlit pacientovi přínosy a pozitiva odvykání kouření – zdravotní, finanční i sociální. Např. oxid uhelnatý z tabákového kouře, který se váže na červené krvinky a blokuje přenos kyslíku do tkání, se vydýchá nejpozději do 12 hodin od poslední cigarety! Další změny k lepšímu následují postupně- zlepšení chuti a čichu cca do týdne, zlepšení plicních funkcí během několika týdnů, snížení rizika infarktu myokardu do jednoho roku a postupně se snižuje také riziko rakoviny plic i dalších orgánů. Především ženám je užitečné zdůraznit i estetické přínosy odvykání kouření jako pomalejší stárnutí pleti, lepší vzhled zubů a nehtů i vlasů a normální čas menopauzy, která u kuřáček obvykle nastává dříve (ASH 2005).

Ve fázi přípravy je nutné s pacientem vybrat vhodný den D, kdy si přeje zcela přestat kouřit, eventuálně stanovit si plán snižování, ačkoliv postupné snižování počtu cigaret není doporučeným postupem první linie. Samozřejmě je také vhodné, v případě již rozvinuté závislosti na nikotinu, doporučit adekvátní farmakoterapii s ohledem na psychický a fyzický stav pacienta, jeho anamnézu a užívané léky. Farmakoterapií závislosti na tabáku se zabývá



příští kapitola. Dále je užitečné probrat s pacientem jeho denní režim, rizikové situace, ve kterých nejčastěji kouří a nejvíce se obává selhání.

Ve fázi akce je důležité poskytnout pacientovi psychickou podporu, udržet motivaci a pomoci mu nalézt možnosti náhradního chování- náhradní rituály a činnosti, jiné způsoby relaxace a prožívání situací dříve spojených s cigaretou.

Ve fázi udržovací, po vysazení farmakoterapie, je psychická podpora a další motivování klienta taktéž klíčovou součástí procesu. Bývalí kuřáci by si měli být vědomi, že i jediná cigareta znamená obrovské riziko návratu ke kouření a další točení se v bludném kruhu závislosti. Nikotinové receptory zůstávají v mozku zmnoženy dlouhodobě, ačkoli už kuřák necítí žádné abstinenční příznaky. (Králíková 2013) Může tak získat klamný pocit, že zapálit si cigaretu je už pro něj bezpečné. To však není pravda- i jediná cigareta třeba po roce nekouření znamená vysoké riziko návratu zpět k závislosti. V tomto směru je situace velmi podobná jako u pacientů léčených pro závislost na alkoholu.

Techniky využívané v léčbě závislosti na tabáku lze převzít z různých psychoterapeutických směrů. Tento výběr může být eklektický či závisející do jisté míry na původní orientaci a výcviku terapeuta, avšak pouze některé metody mají důkazy ověřenou účinnost. Nejčastěji je při odvykání kouření využíváno integrovaného přístupu, konkrétně kombinace na klienta centrovaného přístupu (person-centered approach) a metody kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT).

Na klienta zaměřený přístup je nedirektivní a vychází z potřeb, vztahového rámce a především prožívání pacienta. (Hartl 2000) V odvykání kouření to znamená, že klient musí sám přijmout rozhodnutí a jeho motivaci je třeba posilovat s ohledem na jeho vlastní žebříček hodnot. Příkazování či nepřátelská konfrontace terapeuta s pacientem nevedou k požadovanému výsledku, ale obvykle k opuštění terapie. Je třeba používat takové argumenty, které je pacient schopen pochopit a přijmout, a být mu v průběhu odvykání oporou, nikoli protivníkem.

Navázání vztahu potřebného ke společné práci klienta a terapeuta, ať již v léčbě závislosti či jiných psychických poruch, se nazývá terapeutická aliance. Její vytvoření je

předpokladem úspěchu při užívání všech psychoterapeutických metod, ale i léčení mnoha somatických poruch.

Kognitivně- behaviorální psychoterapie obecně využívá působení:

A/ na poznávací, rozumovou stránku osobnosti

B/ na přeučení nežádoucího chování

Ad A/ Dle definice je kognitivní přístup v psychologii takový přístup, který se soustřeďuje na popis a výklad psychických procesů jako je vnímání, paměť, rozhodování, řešení problémů, na cíle, plány a očekávání jedince a který zdůrazňuje roli myšlení, předchozích znalostí a zkušeností a přesvědčení pro chování jedince, v klinické praxi se zaměřuje na změnu myšlení jako předpokladu změny chování. (Hartl 2000)

Z hlediska praxe je na kognitivní, racionální stránku osobnosti možné působit různými argumenty, jak bylo řečeno již výše: Komplexní poškození zdraví (vyjmenovat zvláště konkrétní rizika pro daného pacienta), rychlejší stárnutí, menší fyzická výkonnost, společenská nevhodnost, poškození zdraví ostatních pasivním kouřením, vést pacienta k uvědomění si rozporů mezi vlastními cíli a hodnotami a tím, co kuřák reálně dělá.

Také je velmi důležité, jakým způsobem kuřák o svém návyku a plánovaném odvykání přemýšlí: Pokud se předem obává abstinčních příznaků, lituje, že už nebude moci kouřit či se cítí být k tomuto rozhodnutí „dotlačen“ zvenčí, naděje na dlouhodobou abstinenci je menší. Je vhodné podporovat u pacienta pozitivní přístup k problému – rozhodl jsem se, že už nechci kouřit, moje důvody jsou tyto: např. finance, zdraví či rodina - a těším se, až se mi to podaří.

Ad B/ Přístup behaviorální v psychologii (behavioral approach in psychology) vylučuje sledování vnitřních stavů (ačkoli nepopírá jejich existenci, ale poznatelnost) a omezuje se pouze na projevy objektivně měřitelné či pozorovatelné v chování.

V léčbě závislosti na tabáku to znamená, že se aktivně snažíme ovlivnit pacientovo chování: nejprve identifikovat rizikové situace, dále nalézt pro ně náhradní strategie zvládání (coping strategies).

Některých rizikových situací je vhodné se alespoň v počátku léčby vyvarovat - večírky v kuřáckém prostředí, trávení přestávky v práci s kolegy v kuřáckém salonku apod. Pro ostatní rizikové situace je vhodné si připravit tzv. náhradní chování. Např. po jídle si nedám obvyklou cigaretu, ale půjdu si vyčistit zuby, pokud jsem doma sama a mám chuť na cigaretu, půjdu zalít květiny, mám-li „nervózní ruce“, koupím si modelovací hmotu, hračku či čínské koule atd. Tato náhradní řešení je třeba hledat individuálně u každého pacienta.

Dále je možné doplňkově využít široké spektrum psychoterapeutických metod. Např. metodu externalizace - jedná se o přesunutí problému vně pacienta. Závislosti je pojmána např. jako příšera, se kterou je třeba bojovat. Jakmile jí dáme najevo svou slabost (třeba vykouřením jediné cigarety) pookřeje a zesílí. Také je výhodné používat relaxační techniky, zvláště u pacientů s vysokou mírou stresu, v klinické praxi se osvědčila např. dechová relaxace či Jacobsonova progresivní svalová relaxace, na jiných pracovištích je využíván i autogenní trénink, který je však v úvodu časově náročnější.

Sugestivní faktor je do jisté míry přítomen v každém druhu terapie, pokud je terapeut přesvědčivý. Přímé použití hypnózy je možné, v českém prostředí ji v indikaci odvykání kouření podporuje a provádí např. jeden z předních českých psychoterapeutů, prof. MUDr. Stanislav Kratochvíl. Její účinnost pro odvykání kouření však nebyla dle dostupných metaanalýz (např. dle Cochrane review), přesvědčivě prokázána (Barnes 2010).

**Shrnutí:** Pokud se budeme přísně držet prokázaných faktů, pak mezi účinné součásti psychobehaviorální intervence při odvykání kouření patří kognitivně -behaviorální psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií (důkazy síly A). Dále motivační rozhovory, psychosociální podpora v průběhu odvykání (důležité jsou plánované kontroly, existuje silný vztah mezi počtem a délkou kontaktů terapeuta s klientem a jeho úspěšností při odvykání kouření), komunikace o skutečných a anticipovaných obtížích provázejících odvykání a naopak o přínosech léčby, trénink potřebných dovedností a zvládání rizikových situací. Tyto postupy mají v konceptu Evidence Based Medicine důkazy síly B. (Fiore 2008)

#### 1.4.2. Farmakoterapie závislosti na tabáku:

Farmakoterapie významně zvyšuje počet abstinujících po jednom roce: náhradní nikotinová terapie a bupropion přibližně 2x, vareniklin 3x oproti placebo (evidence A). Tyto tři skupiny léků působí potlačení abstinenčních příznaků: nutkavé potřeby kouřit (cravingu), nervozity, podrážděnosti, frustrace, špatné nálady až deprese, poruch spánku, nesoustředěnosti, zvyšování hmotnosti a dalších problémů, například zácpy, vareniklin navíc snižuje uspokojení z cigarety bloádou nikotinových receptorů. Dříve se farmakoterapie doporučovala pouze pro pacienty fyzicky závislé na nikotinu. Je ale možné souběžně s odpovědnou psychosociální intervencí a poučením farmakoterapii doporučit i dalším kuřákům, kteří mají problém přestat kouřit. Zejména kuřáci s psychickým onemocněním by měli být kandidáty dlouhodobé a intenzivní terapie, protože jejich závislost bývá výraznější a mají vyšší pravděpodobnost výskytu závažnějších abstinenčních příznaků. Léky první volby, mající evidenci účinnosti typu A (Fiore 2008) jsou tyto:

Nikotin (náhradní terapie nikotinem, NTN) je volně prodejný ve 4 formách: náplast (25, 15 a 10 mg/16h nebo 21, 14 a 7 mg/24 hodin), žvýkačka (2 nebo 4 mg), pastilka (2 nebo 4 mg) a inhalátor (10 mg). Dříve dovážené mikrotablety nejsou v ČR k dispozici od r. 2009. Náhradní nikotinová terapie zdvojnásobuje úspěšnost léčby. Při správném dávkování se není třeba obávat nežádoucích účinků, u nositelů psychiatrické komorbidity není třeba užívat zvláštního dávkování. Z jedné cigarety se vstřebá 1-3 mg nikotinu v závislosti na intenzitě kouření (nikoli údaji na krabičce), navíc ale spolu s více než 4000 chemikáliemi. V počátku léčby se snažíme nahradit cca 2/3 nikotinu získávaného původně z cigaret. Z NTN se vstřebá v případě náplastí množství uvedené na obalu, ze žvýkaček a pastilek však jen polovina a z inhalátoru maximálně pětina. U silně závislých je vhodné kombinovat náplast s některou z orálních forem. (Králiková 2005, Fiore 2008) Léčba by měla trvat nejméně 3 měsíce, raději ale déle, zejména u osob s psychiatrickým onemocněním.

Bupropion se v psychiatrii užívá několik desetiletí jako antidepresivum typu NDRI (blokuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu). V devadesátých letech byla náhodně pozorována snížená potřeba kouřit u pacientů léčených bupropionem. Stejná látka (150 mg bupropionu SR) je registrována v mnoha státech jako lék závislosti na tabáku u pacientů bez deprese (dříve i v ČR, roku 2010 se však v této indikaci přestal dovážet). Zdvojnásobuje úspěšnost odvykání. Je vhodný zejména tam, kde je indikován zároveň jako

antidepresivum, ale lze jej použít v indikaci odvykání kouření i u pacientů bez deprese. Je možné jej kombinovat s NTN. Dávkování je stejné jako v indikaci deprese, 150 mg první týden ráno, pak 1-1-0. Den D by si měl pacient stanovit po cca dvou týdnech užívání. Kontraindikací jsou křečové stavy typu epilepsie, bipolární afektivní porucha, poruchy příjmu potravy a opatrnosti je třeba u diabetiků a u pacientů s poruchami jater. Bupropion vykazuje četné lékové interakce (např. s IMAO a jinými antidepresivy), je proto třeba věnovat pozornost příbalové informaci. (Králíková 2010)

Vareniklin je parciálním agonistou alfa4beta2 acetylcholin-nikotinových receptorů. Agonistický účinek (vyplavení dopaminu v nucleus accumbens) vnímají kuřáci jako sníženou potřebu kouřit či absenci abstinčních příznaků. Antagonistický vliv vareniklinu (blokáda acetylcholin-nikotinových receptorů - dopamin se po potažení z cigarety nemůže vyplavit) vnímají jako ztrátu pocitu odměny po cigaretě. Užívá se v prvním týdnu 3 dny 1 tableta 0,5 mg, poté 2x 0,5 mg, teprve od druhého týdne 2x1 mg. Den D je vhodné stanovit v průběhu druhého týdne užívání vareniklinu, v případě jednoznačného účinku a snížení počtu vykouřených cigaret možno i později. Nejčastějším nežádoucím účinkem je nauzea (až v 30 %, lze předejít užitím po jídle, zapitím) nebo živé sny. Vareniklin nemá žádné lékové interakce. Opatrnosti je třeba u nemocných se sklonem k manickým stavům, jinak je účinným lékem především u silněji závislých nebo u těch kuřáků, kteří v předchozích pokusech neuspěli. Je třeba upozornit pacienty, aby v případě změn svého psychického stavu kontaktovali ošetřujícího lékaře. Vareniklin ztrojnásobuje úspěšnost odvykání kouření, doporučená doba užívání je 3-6 měsíců dle míry závislosti (Králíková 2007).

Kouření cigaret a ostatních tabákových výrobků má také řadu farmakologických interakcí, zejména s psychoaktivními látkami. Tento vliv je dán především zvýšením a zrychlením metabolismu psychofarmak (nikoli přímo vlivem nikotinu), proto je u kuřáků často nutná jejich vyšší dávka, někdy až dvojnásobná v porovnání s nekuřáky. Naopak při odvykání kouření je možné (a někdy i nutné) dávku psychofarmak snížit, nejvýznamnější je z klinického hlediska nutnost snížení dávek klopazinu (NSW 2012). Přehled psychofarmak, s nimiž má kouření farmakologické interakce, viz tabulka 1. (dle McNeill 2004).

**Tabulka 1: Psychofarmaka, jejichž metabolismus ovlivňuje kouření cigaret**

| Antipsychotika | Antidepresiva | Anxiolytika |
|----------------|---------------|-------------|
| klozapin       | amitriptylin  | Triazolam   |
| flufenazin     | amoxapin      | Alprazolam  |
| haloperidol    | klomipramin   | Oxazepam    |
| olanzapin      | dosulepin     | Lorazepam   |
|                | doxepin       |             |
|                | imipramin     |             |
|                | lofepramin    |             |
|                | nortriptylin  |             |
|                | trimipramin   |             |
|                | protriptylin  |             |

**Shrnutí:** Farmakoterapie prokazatelně zvyšuje úspěšnost léčby závislosti na tabáku a snižuje množství abstinenčních příznaků. Mezi léky první linie, doporučené českými i mezinárodními doporučeními (Fiore 2008, Králíková 2010), mající pro svoji účinnost a bezpečnost důkazy síly A, patří náhradní terapie nikotinem, bupropion a vareniklin.

#### **1.4.3. Diagnostika závislosti na tabáku a možnosti hodnocení abstinenčních příznaků.**

Pro zhodnocení míry závislosti na tabáku je možné použít pro rychlou orientaci v podmínkách klinické praxe 2 otázky: „Za jak dlouho po probuzení máte chuť na cigaretu?“ a následně otázku: „Kolik cigaret denně obvykle vykouříte?“ (Králíková 2005, 2013). Pokud pacient pociťuje potřebu zapálit si cigaretu do hodiny po probuzení a kouří 10 a více cigaret denně, můžeme (a měli bychom!) diagnózu závislosti na tabáku, F17.2, uvést do dokumentace.

Pro přesnější hodnocení pro účely léčby slouží především celosvětově nejrozšířenější Fagerströmův test závislosti na cigaretách (dříve FTND, Fageström Test for Nicotine

Dependence, nový název preferovaný od r. 2012 je FTCD, Fageström Test for Cigarette Dependence). (Fageström 2012) Tento dotazník je, v souladu s dohodou v rámci Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku, používán ke zhodnocení míry závislosti ve všech centrech pro závislé na tabáku v ČR. Maximum dosažených bodů je 10, od pěti bodů výše je závislost na tabáku/nikotinu hodnocena jako silná. České znění dotazníku viz příloha číslo 1.

Hodnocení abstinčních příznaků je možno provést na základě verbálního sdělení pacienta v rámci anamnézy či některým ze strukturovaných a validizovaných dotazníků. V rámci specializovaných center pro závislé na tabáku v ČR je používán Minnesotský dotazník abstinčních příznaků (MNWS- Minnesota Nicotine Withdrawal Scale), který obsahuje 15 položek k posouzení psychických a fyzických příznaků, které mohou provázet odvykání kouření (Hughes 2003). Patří mezi ně: 1. Zlost podrážděnost, nespokojenost 2. Úzkost a nervozita 3. Špatná nálada, smutek 4. Touha kouřit 5. Obtížné soustředění, 6. Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti 7. Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci 8. Neschopnost odpočívat 9. Netrpělivost 10. Zácpa 11. Závratě 12. Kašel 13. Neobvyklé sny, noční můry 14. Nevolnost 15. Bolení v krku. Celkové znění dotazníku viz příloha č. 2.

Pro zhodnocení abstinčních příznaků je možné použít množství dalších nástrojů, jeden z nejcitlivějších pro posouzení nálady a nutkání kouřit (cravingu) je dotazník MPSS, Mood and Physical Symptoms Scale, který vyvinuli profesori West a Hájek z Health Behaviour Research Centre v Londýně (West 2004). Tato škála hodnotí zvlášť délku a intenzitu chuti na cigaretu, psychické a fyzické abstinční příznaky ve čtyřech podškálách, viz příloha číslo 3.

Kromě dvou výše uvedených škál pro doplnění a pro případné zájemce o výzkum uvádím několik dalších, používaných ve specializovaných centrech pro diagnostiku a výzkum v jiných státech. Patří mezi ně

- ☐ WSWS (Wisconsin Withdrawal Scale)
- ☐ QSU (Questionnaire of Smoking Urges)
- ☐ SS (Shiffman Scale)
- ☐ CWS (Cigarette Withdrawal Scale)

Vzhledem k tomu, že porucha nálady až deprese je jedním z abstinčních příznaků, které mohou být klinicky významné a jejichž aktuální přítomnost významně ovlivňuje úspěšnost odvykání, je vhodné přítomnost deprese monitorovat.

Možností je mnoho, nicméně na našem pracovišti (Referenční centrum pro závislé na tabáku) z následujících důvodů používáme Beck Depression Inventory II (Beck 1996): tento test je citlivým nástrojem pro posouzení psychického stavu, je sebehodnotící – pacient ho vyplní sám bez asistence terapeuta, je rozšířen celosvětově a validizován pro českou populaci. Obsahuje 21 položek, viz příloha číslo 4. V našem centru jej vyplňuje pacient vždy na počátku léčby, po 2-3 měsících léčby (mírná variabilita dle data kontroly) a poté při kontrole po roce od zanechání kouření.

Motivace ke kouření i k odvykání kouření bývá často velmi složitá a mnohvrstevná, ani sami pacienti si často neuvědomují, proč vlastně kouří a čeho se na odvykání nejvíce obávají. Tým univerzity ve Wisconsinu se snažil shrnout různé motivy pro kouření, kterých našel 78 a shrnul je do 13 přehledných faktorů. (Shenassa 2009). Mohou být východiskem k tomu, aby si pacient uvědomil důvody, pro které kouří, a dále s nimi pracoval.

#### **Motivy pro kouření : The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives**

1. Affiliative Attachment - emocionální připoutání k cigaretám/kouření
2. Automaticity – automatické kouření bez rozmyslu a záměru
3. Behavioral choice/alternative reinforcement - kouření navzdory negativním důsledkům, z nedostatku jiných podnětů/posílení
4. Cognitive enhancement – zlepšení kognitivních funkcí (při zkouškách, soustředění)
5. Craving – kouření jako reakce na velkou chuť na cigaretu a časté nutkání kouřit
6. Cue exposure/asociative processes- spojení s typickými kuřáckými podněty
7. Loss of control – ztráta kontroly nad situací (z různých důvodů)
8. Negative reinforcement – tendence ke kouření kvůli vyhnutí se abstinenčním příznakům
9. Positive reinforcement – charakterizovaná zkušeností pozitivních pocitů po kouření
10. Social and enviromental goads – sociální stimuly a prostředí vybízející ke kouření
11. Tolerance – potřeba kouřit stále více pro vyvolání původních pocitů
12. Taste and sensory properties – chuťové a smyslové vjemy při kouření, orální stimuly
13. Weight control- užívání cigaret pro kontrolu chuti k jídlu a váhy



Informace však není třeba pouze získat, ale především pak s nimi dále pracovat v rámci psychosociální intervence. Dále je důležité zvyšovat u pacienta motivaci pro odvykání kouření, přičemž motivy není vhodné pacientovi „implantovat“, ale naopak nacházet ty, které jsou mu blízké.

**Shrnutí:** Diagnózu závislosti na tabáku je možné stanovit v průběhu anamnestického rozhovoru či přesněji pomocí FTCD (Fagerströmův test závislosti na cigaretách). V rámci práce center pro závislé na tabáku v ČR, tudíž i v našem sledovaném souboru, byly abstinční příznaky hodnoceny pomocí MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale) a aktuální hladina depresivních příznaků pomocí BDI-II (Beck Depression Inventory II). Pro zhodnocení motivů pro kouření je vhodné použít The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives a individuálně pracovat s motivy pro odvykání kouření.

### **1.5. Vztah depresivní poruchy, kouření a odvykání kouření.**

Kouření tabákových výrobků je hlavní odstranitelnou příčinou předčasné mortality a morbidity v současném světě, proto je metodám léčby závislosti na tabáku a dostupnosti léčby věnována v posledních desetiletích věnována stále zvyšující se pozornost. V rozvinutých zemích se kouření koncentruje stále více ve znevýhodněných skupinách obyvatel, což významně přispívá ke zvýšení zdravotní nerovnosti v různých socioekonomických skupinách. (Marmot review 2010, Kunst 2004). Vyšší prevalenci kouření u skupin s nízkým socioekonomickým statutem nacházíme také v ČR, zvláště u mužů je tento rozdíl vyjádřen spolu s VB a Maďarskem nejvýrazněji v rámci celé EU (Mackenbach 2008, Spilková 2010)

Dle mnoha pramenů, za všechny můžeme jmenovat Marmot review 2010, tj. poslední přehled týkající se příčin a důsledků zdravotní nerovnosti ve společnosti, vydávaný pravidelně pod vedením sira Michaela Marmota, britského lékaře zabývajícího se touto otázkou, je kouření tabákových výrobků zodpovědné za téměř polovinu rozdílu v dožití mezi nejnižšími a nevyššími socioekonomickými skupinami obyvatel. Proto je důležité zajistit dostupnost preventivních, ale především léčebných aktivit pro příslušníky takto znevýhodněných skupin. Vyšší prevalence kouření je přítomna mezi příslušníky etnických minorit, v nižších příjmových skupinách a mezi nezaměstnanými, ale také u skupin s nízkým

vzděláním a v neposlední řadě u pacientů trpících psychiatrickou komorbiditou (Marmot 2010, WHO report 2008). Je zřejmé, že pro tyto skupiny obyvatel je třeba vyvinout specifické intervence (Pomerleau 1993).

Vysoká prevalence kouření mezi pacienty trpícími prakticky všemi typy psychických onemocnění je nezpochybnitelným a dobře dokumentovaným faktem. Nositelé psychiatrické komorbidity vykouří v průměru více cigaret, jsou více závislí na nikotinu a častěji závislí na dalších drogách (Farrell 2001, Lasser 2000). V USA 44-46% všech prodaných cigaret vykouří pacienti trpícím psychickým onemocněním přítomným v posledním měsíci (Grant 2004, Lasser 2000, Breslau 2001, Ziedonis 2008). Z klinické praxe i epidemiologických studií je dále zřejmé, že asociace mezi kouřením a depresivními potížemi se v průběhu posledních desetiletí zvyšuje: např. ve Stirling County Study vztah mezi depresivní poruchou a kouřením v letech 1952 a 1970 nebyl signifikantní, zatímco v roce 1992 pravděpodobnost výskytu depresivní poruchy mezi kuřáky byla již trojnásobná ve srovnání s nekuřáky (Murphy 2003.)

Vztah mezi depresivní poruchou a kouřením je obousměrný. Mezi kuřáky je větší procento pacientů trpících depresivní poruchou než mezi nekuřáky, (Kalman 2005) naopak mezi pacienty trpícími depresivní poruchou je vyšší prevalence kouření než v obecné populaci (Breslau 2004, Kessler 2004). Pro příklad ve studii B. Wiesbecka (Wiesbeck 2008) bylo dokumentováno mezi aktivními kuřáky (resp. bývalými) kuřáky 23.7 % (resp. 14.6%) osob s přítomností depresivní poruchy v anamnéze, zatímco mezi nekuřáky se depresivní symptomy v minulosti vyskytly pouze v 6.2%. Mezi pacienty Centra pro nikotinovou závislost kliniky Mayo v Rochesteru se taktéž nachází velké množství pacientů s anamnézou depresivní poruchy. Mezi ambulantními pacienty bylo dokonce 54% žen a 31% mužů v minulosti léčeno pro depresivní symptomatiku (Croghan IT 2009). Údaje o procentech pacientů s přítomností psychické komorbidity, kteří se přicházejí léčit pro závislosti na tabáku v České republice, nebyly dosud k dispozici. Udávaná roční prevalence depresivní poruchy v zemích Evropské Unie je dle moderních epidemiologických studií 6,9% (Witcher et al., 2011).

Udávaná úspěšnost léčby mezi pacienty trpícími psychickými poruchami se dle dostupných údajů velmi liší. Při přítomnosti závažných, invalidizujících psychických onemocnění (schizofrenie, bipolární afektivní poruchy a dalších psychotických onemocnění)

je úspěšnost léčby závislosti na tabáku dle většiny literárních údajů nižší než v obecné populaci kuřáků (Evins 2005, George 2002). Pokud se budeme zabývat pouze pacienty s anamnézou depresivní poruchy, výsledky nejsou jednoznačné a zprávy varíují od metaanalýz zabývajících se touto problematikou, které neshledaly rozdíl mezi výsledky u depresivních a nedeprativních pacientů (Hitsman 2003, Kahler 2010) až po opačné zprávy, udávající mírně či výrazně sníženou úspěšnost u této podskupiny pacientů (Campion 2008, Pissinger 2007, McNeill 2004, Hall 2008).

Kontroverzní jsou také informace o riziku relapsu depresivní poruchy u pacientů, kteří přestávají kouřit, v anamnéze majících přítomnost alespoň jedné depresivní epizody. V nejnovější studii z roku 2011 Kahler a spol. sledovali skupinu pacientů s anamnézou depresivní poruchy, kteří přestávali kouřit. Dle jejich výsledků bylo množství depresivních příznaků u sledovaných pacientů, kterým se podařilo přestat kouřit, významně nižší než u těch, kteří kouření nezanechali. (Kahler 2011) Naopak většina starších zpráv uvádí, že riziko vzniku depresivních příznaků u těchto pacientů je zvýšené (Glassman 2001, Hughes 2007).

Doporučené léčebné intervence u pacientů s anamnézou depresivních epizod jsou v základních postupech shodné jako u pacientů nedeprativních, přesto však vykazují určitá specifika (těsnější sledování s ohledem na možný vznik depresivních příznaků, ohled na možné lékové interakce léčby, v průměru vyšší počet návštěv aj.). V některých zemích, včetně České republiky, byla již proto vydána specifická doporučení léčby závislosti na tabáku pro pacienty trpícími mentálními onemocněními (McNeill 2004, APA 2006, Kralikova 2010, Fiore 2008, van der Meer 2006).

## **2. Vlastní výzkum**

### **Úspěšnost léčby závislosti na tabáku u pacientů s a bez anamnézy deprese**

#### **2.1. Cíl:**

Hlavním cílem naší studie bylo porovnat úspěšnost léčby závislosti mezi dvěma skupinami pacientů Centra pro závislé na tabáku. Jedná se o skupinu pacientů léčených v současnosti či v minulosti pro depresivní poruchu se skupinou bez výskytu této poruchy v anamnéze. Úspěšnost je hodnocena po jednom roce od plánovaného dne zanechání kouření. Dalším cílem je porovnat charakteristiky těchto dvou skupin pacientů s ohledem na míru jejich závislosti na tabáku, věk první cigarety a počátek pravidelného kouření, počet terapeutických návštěv, na užívanou medikaci pro závislost na tabáku a na pohlaví.

#### **2.2. Metodika:**

**2.2.1. Soubor:** Kritéria výběru: Jedná se o soubor 1730 pacientů léčených v Centru léčby závislosti na tabáku v letech 2005-2010. Do hodnocení byli zahrnuti všichni pacienti, kteří absolvovali ve sledovaném období minimálně intenzivní vstupní intervenci zaměřenou na odvykání kouření a mají zadán výsledek léčby po jednom roce. Design studie byl naturalistický a retrospektivní, pacienti podepsali informovaný souhlas týkající se léčby v centru a anonymním zpracováním dat, souhlas etické komise nebyl nutný.

Struktura léčby: Ambulantní léčba v našem centru je určena pro motivované pacienty, kteří si kontakt většinou sami vyhledali, přicházejí s i bez doporučení jiného lékaře na základě informací o službách centra (inzerce, web, lékařský tisk...). Z hlediska parametru připravenosti ke změně (stage of change) jde o nemocné minimálně ve stadiu kontempace či ve stadiu přípravy.

Vytvořeny byly dvě skupiny pacientů dle zjištěných anamnestických dat získaných v průběhu první návštěvy na skupinu pacientů, kteří se nikdy v průběhu života neléčili pro depresivní potíže a skupinu těch, u kterých byly zjištěny anamnesticky nebo v současnosti depresivní epizody vyžadující léčbu (užívání antidepresiv). Data byla získána v rámci rutinního provozu ambulance, pacienti přicházeli konsekutivně, což na jednu stranu znamená výhodu souboru ilustrujícího běžný populační vzorek pacientů, vyhledávajících léčbu závislosti na

tabáku, na druhou stranu charakteristiky obou skupin se mírně liší jak počtem, poměrem pohlaví, tak i průměrným věkem a mírou závislosti na nikotinu. Základní charakteristiky pacientů z obou souborů jsou uvedeny v příložené tabulce číslo 2.

**2.2.2. Léčba:** Cílem tohoto oddílu je popsat doporučené a obvyklé schéma léčby pacientů zařazených do sledování. V našem centru vycházíme z na důkaze založených postupů popsaných v českých a mezinárodních doporučeních léčby (Fiore 2008, APA 2006, Králíková 2005 a 2010). Léčba je personalizována dle anamnézy, dle preferencí, spolupráce pacienta a dle přidružených onemocnění, jak v použitých psychofarmakologických prostředcích, tak v počtech návštěv. Průběh základní vstupní intervence i získané informace na počátku léčby mají shodný formát u všech pacientů.

V průběhu první návštěvy je získána osobní a farmakologická anamnéza, proběhne základní interní vyšetření a je zhodnocena míra závislosti na tabáku, depresivní příznaky a další parametry.

Při druhé návštěvě proběhne hlavní vstupní intervence. Pacient je edukován v oblasti principů vzniku fyzické i psychosociální závislosti na tabáku/nikotinu. Analyzovány jsou zvyky a rituály spojené s kouřením cigaret a náhradní možnosti řešení či způsoby, jak se těchto situací vyvarovat. Pacient je seznámen s možnostmi farmakoterapie. Na konci druhé návštěvy pacient spolu s terapeutem rozhodnou o dalším postupu, druhu a dávkování farmakoterapie, naplánují den D a datum další návštěvy.

Následné kontroly trvají v průměru půl hodiny, první je plánována přibližně za 7 dní po dni D, dále probíhají většinou po 2-3 týdnech do třetího měsíce léčby a následně třikrát po měsíci do W24. Při kontrole po roce ode dne D (target quit day) je pacient znovu změřen, zvážěn, jsou zaznamenány změny v anamnéze a celková délka farmakoterapie. Analyzováno je vždy CO ve vydechovaném vzduchu pro validizaci abstinence. Pacient, který se na plánovanou kontrolu nedostaví, je kontaktován telefonicky, při odmítnutí osobní návštěvy je vždy považován ze statistického hlediska za kuřáka. Všichni pacienti přicházející do našeho centra podepisují před zahájením léčby informovaný souhlas s průběhem léčby a s použitím anonymizovaných dat o jejich léčbě k vědeckým a statistickým účelům.

**Tabulka 2:** Charakteristiky souboru pacientů dle přítomnosti depresivní poruchy v anamnéze

|  | Pacienti bez<br>přítomnosti DP<br>(N=1441) <sup>1</sup> | Pacienti s<br>přítomností DP<br>(N=289) <sup>1</sup> | Hodnota<br>p <sup>2</sup> |
|--|---|--|---------------------------|
| <b>Pohlaví, n (%)</b>                                  |   |  |                           |
| <i>Muži</i>  | 772 (53.6)  | 95 (32.9)  | <b>&lt;0.001</b>          |
| <i>Ženy</i>  | 669 (46.4)  | 194 (67.1)   |                           |
| <b>Věk první cigarety (roky)</b>                       |   |  |                           |
| <i>medián, (5%-95%)</i>                                | 15 (7 - 21)   | 16 (8 - 24)  | <b>0.002</b>              |
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>                   |   |  |                           |
| <i>medián, (5%-95%)</i>                                | 46 (25 - 69)  | 51 (28 - 71)   | <b>0.007</b>              |
| <b>Počátek pravidelného kouření, n (%)</b>             |   |  |                           |
| <i>≤ 18</i>  | 881 (61.3)  | 146 (50.5)   | <b>0.002</b>              |
| <i>19-30</i>   | 526 (36.6)  | 133 (46.0)   |                           |
| <i>≥ 31</i>  | 31 (2.2)  | 10 (3.5)   |                           |
| <b>Fagerströmův test závislosti na nikotinu, n (%)</b> |   |  |                           |
| <i>≤ 6</i>   | 742 (63.6)  | 129 (54.4)   | <b>0.010</b>              |
| <i>≥ 7</i>   | 425 (36.4)  | 108 (45.6)   |                           |
| <b>CO hladina při první návštěvě (ppm) , n (%)</b>     |   |  |                           |
| <i>≤ 10</i>  | 413 (29.0)  | 75 (26.1)  | 0.353                     |
| <i>11-20</i>   | 561 (39.3)  | 109 (38.0)   |                           |
| <i>≥ 21</i>  | 452 (31.7)  | 103 (35.9)   |                           |
| <b>Cigaret denně, n (%)</b>                            |   |  |                           |
| <i>1-10</i>  | 100 (7.0)   | 16 (5.6)   | 0.148                     |
| <i>11-20</i>   | 697 (48.6)  | 123 (42.7)   |                           |
| <i>21-30</i>   | 376 (26.2)  | 89 (30.9)  |                           |
| <i>≥ 30</i>  | 260 (18.1)  | 60 (20.8)  |                           |
| <b>Počet předchozích pokusů přestat, n (%)</b>         |   |  |                           |
| <i>0</i>   | 85 (6.4)  | 19 (7.0)   | 0.662                     |
| <i>1</i>   | 367 (27.4)  | 65 (23.8)  |                           |
| <i>2-5</i>   | 744 (55.6)  | 158 (57.9)   |                           |
| <i>6 or more</i>                                       | 141 (10.5)  | 31 (11.4)  |                           |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b>               |   |  |                           |
| <i>medián, (5%-95%)</i>                                | 5 (3-12)  | 5 (3-13)   | 0.313                     |
| <b>Počet dní D, n (%)</b>                              |   |  |                           |
| <i>0</i>   | 171 (11.9)  | 44 (15.2)  | <b>0.014</b>              |
| <i>1</i>   | 962 (66.8)  | 167 (57.8)   |                           |
| <i>2&lt;</i>   | 308 (21.4)  | 78 (27.0)  |                           |
| <b>Medikace, n (%)</b>                                 |   |  |                           |
| <i>Žádná</i>   | 334 (23.2)  | 66 (22.8)  | <b>&lt;0.001</b>          |
| <i>pouze vareniklin</i>                                | 477 (33.1)  | 74 (25.6)  |                           |
| <i>pouze náhradní nikotinová terapie</i>               | 473 (32.8)  | 89 (30.8)  |                           |
| <i>pouze bupropion</i>                                 | 10 (0.7)  | 6 (2.1)  |                           |
| <i>Kombinace</i>                                       | 147 (10.2)  | 54 (18.7)  |                           |

<sup>1</sup> Pro každou charakteristiku, kromě Fagerströмова testu závislosti na nikotinu (81%) a počtu předchozích pokusů přestat kouřit (93%), byla data dostupná pro >98% všech pacientů.

<sup>2</sup> Spojité proměnné byly srovnávány s použitím Mann-Whitney U testu. Kategoriální proměnné byly srovnávány pomocí Fisher-exact testu nebo Chi-square testu dle počtu kategorií

**2.2.3. Kritéria hodnocení.** Úspěšnost léčby byla hodnocena v obou souborech dle následujících kritérií: Pacient je hodnocen jako úspěšný, pokud se dostaví na osobní kontrolu po roce - minimálně po 52 týdnech ode dne D, kdy přestal kouřit, udává abstinenci od tabákových výrobků (continuous abstinence), CO ve vydechovaném vzduchu přístrojem Smokerlyzer Micro+ (Bedfont) je maximálně 6 ppm. U pacientů hodnocených jako neúspěšní je dostačující k zadání dat po roce i telefonická kontrola bez osobní návštěvy. Tato kritéria jsou přísnější než např. profesorem Westem navrhovaná kritéria Russellova standardu: Russell Standard Criteria (West 2003)

#### **2.2.4. Použitý software a zpracování dat:**

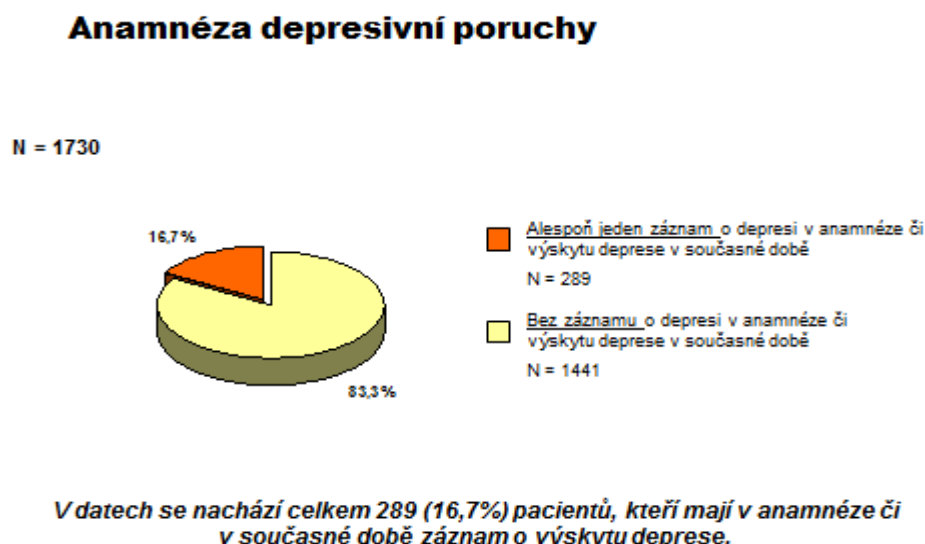
Pro účely sběru a analýzy dat z Referenčního centra pro závislé na tabáku VFN a 1. LF UK a z ostatních Center pro závislé na tabáku byl vyvinut speciální program s pracovním názvem ELZT- Evidence Léčby Závislosti na Tabáku.

Výstupy z programu byly statisticky vyhodnoceny pracovníky Institutu biostatistiky a analýz Lékařské fakulty a Přírodovědecké fakulty Masarykovy Univerzity v Brně. U obou sledovaných podskupin byla srovnána úspěšnost po jednom roce od plánovaného dne zanechání kouření a faktory, které by se mohly projevit jako významné pro výsledek odvykání po roce. Sledované parametry byly srovnávány základními statistickými charakteristikami: průměr, medián, rozsah a percentily. U kategoriálních proměnných byla signifikance v rozdílech parametrů mezi dvěma sledovanými skupinami hodnocena pomocí Fischerova F-testu. Pearsonův Chi-Square test byl aplikován při srovnávání více než dvou skupin. K srovnávání spojitých proměnných bylo užito neparametrického Mann-Whitney U testu.

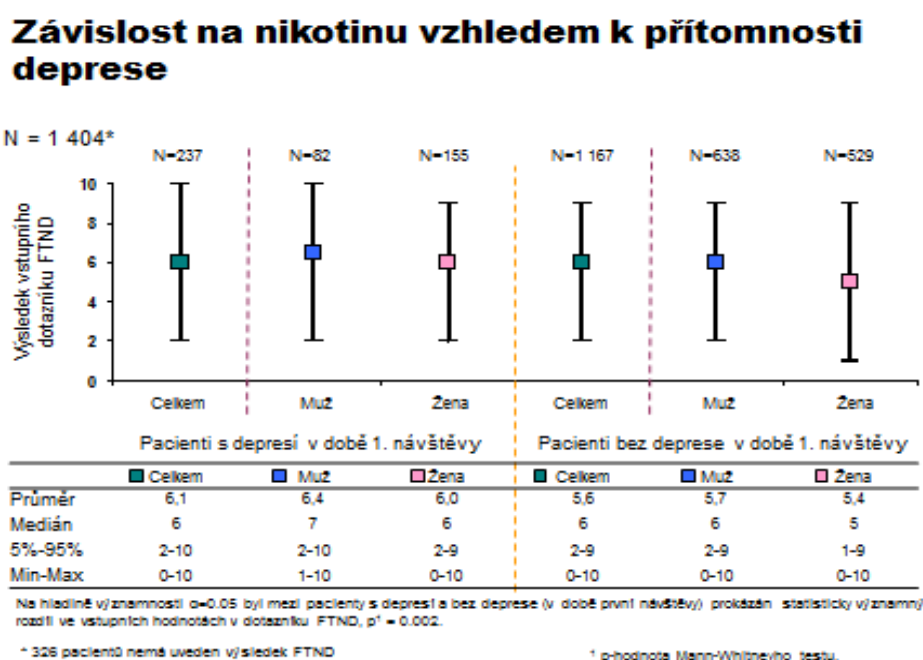
Ke kvantifikaci prediktivní síly zkoumaných faktorů k definovanému endpointu (jednoroční abstinence) byla použita jedno- i vícerozměrná logistická regrese. Potenciální prediktory byly kódovány jako binární faktory dle jejich rizikové hodnoty. Prediktivní síla faktorů je pak dána hodnotou OR (odds ratio) doplněnou o 95% interval spolehlivosti a určením hladiny významnosti. Pro určení vícerozměrného logistického modelu nezávislých prognostických faktorů byly použity metody krokové logistické regresní analýzy. Následně byla provedena i multifaktoriální analýza vstupních charakteristik a faktorů spjatých s abstinencí po jednom roce od počátku léčby, a to vždy odděleně dle pohlaví, viz bod 2.5.

**2. 3. Výsledky:** Léčba depresivní epizody v současnosti či v minulosti byla v dokumentaci uvedena u 16.7% (22,48 % žen a 10.96 % mužů) z našich pacientů, viz graf č. 3. Tato podskupina vykazovala v průměru statisticky významně vyšší míru závislosti na tabáku nežli ostatní pacienti – průměrný výsledek FTND byl 6.1 vs. 5.6 bodů, viz graf č. 4.

Graf č. 3: Podíl pacientů zkoumaného souboru s anamnézou depresivní poruchy



Graf č. 4: Míra závislosti na nikotinu (měřená FTND) vzhledem k přítomnosti anamnézy deprese v době první návštěvy





Všichni pacienti byli léčeni dle standardní metodiky popsané v oddíle léčba. Srovnání úspěšnosti prokázalo statisticky významný rozdíl mezi pacienty s anamnézou depresivní poruchy a bez ní, úspěšnost byla 32.5% u pacientů s anamnézou deprese vs. 37.8% u pacientů, kteří nikdy nebyli pro depresivní poruchu sledováni. OR pro skupinu bez anamnézy depresivní poruchy bylo 1.31 (1.00 – 1.71) při  $p=0.048$ .

Jako statisticky významné se projeví také další hodnocené faktory: Věk počátku pravidelného kouření 19 a více let vs. 18 a méně OR 1.25 (1.02 - 1.52),  $p= 0.032$ , počet návštěv v průběhu sledování šest a více vs. pět a méně OR 6.98 (5.59 – 8.71),  $p<0.001$  a proporcionálně se snižující úspěšnost při větším počtu původně kouřených cigaret za den (pro pásma 0-10, 10-20, 20-30, 30a více). Dalším jednoznačným faktorem zvyšujícím úspěšnost léčby bylo užívání farmakoterapie určené k léčbě závislosti na tabáku. Ve srovnání s pacienty bez farmakoterapie byla pravděpodobnost úspěšné léčby vyšší při užívání léků k odvykání kouření: pro vareniklin bylo OR 8.57 (6.07 - 12.11)  $p<0.001$ , pro NTN OR 4.37 (3.09 - 6.19),  $p<0.001$ , pro bupropion OR 4.40 (1.53 - 12.65),  $P=0.006$  a pro kombinace léků (nejčastěji použita kombinace bupropion + NTN) OR 6.07 (4.03 - 9.14)  $p<0.001$ .

V tabulce číslo 3 je uvedeno shrnutí výsledků logistické regresní analýzy možných faktorů spjatých s úspěchem odvykání kouření po jednom roce ode dne D.

Tabulka 3: Logistická regrese hodnotící charakteristiky spojené a úspěšnou roční abstinencí

|   | Počet<br>pacientů<br>celkem 1 | Počet abstinujících<br>pacientů | OR (95% CI)         | Hodnota p         |
|---|-------------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Pohlaví</b>                                      |                               |                                 |                     |                   |
| <i>Muž</i>  | 867                           | 345 (39.8%)                     | 1.20 (0.99 – 1.45)  |                   |
| <i>Žena</i>   | 863                           | 307 (35.6%)                     | Reference           | 0.070             |
| <b>Věk první cigarety</b>                           | 1710                          | 646 (37.8%)                     | 1.00 (0.98 - 1.03)  | 0.726             |
| <b>Začátek pravidelného kouření</b>                 |                               |                                 |                     |                   |
| <i>≤ 18</i>   | 1027                          | 369 (35.9%)                     | Reference           |                   |
| <i>19-30</i>  | 659                           | 271 (41.1%)                     | 1.25 (1.02 - 1.52)  | <b>0.032</b>      |
| <i>≥ 31</i>   | 41                            | 11 (26.8%)                      | 0.65 (0.32 - 1.32)  | 0.236             |
| <b>Fagerströmův test závislosti na nikotinu</b>     |                               |                                 |                     |                   |
| <i>≥ 6</i>  | 765                           | 261 (34.1%)                     | Reference           |                   |
| <i>2 – 5</i>  | 576                           | 213 (37.0%)                     | 1.13 (0.90 – 1.42)  | 0.278             |
| <i>0 - 1</i>  | 63                            | 24 (38.1%)                      | 1.19 (0.70 – 2.02)  | 0.523             |
| <b>CO při první návštěvě (ppm)</b>                  |                               |                                 |                     |                   |
| <i>≤ 8</i>  | 352                           | 149 (42.3%)                     | 1.23 (0.94 – 1.62)  | 0.131             |
| <i>9-20</i>   | 806                           | 292 (36.2%)                     | 0.96 (0.76 – 1.19)  | 0.688             |
| <i>≥ 21</i>   | 555                           | 207 (37.3%)                     | Reference           |                   |
| <b>Cigaret denně</b>                                |                               |                                 |                     |                   |
| <i>1-10</i>   | 116                           | 52 (44.8%)                      | 1.76 (1.14 – 2.72)  | <b>0.011</b>      |
| <i>11-20</i>  | 820                           | 325 (39.6%)                     | 1.42 (1.08 – 1.87)  | <b>0.012</b>      |
| <i>21-30</i>  | 465                           | 171 (36.8%)                     | 1.26 (0.93 – 1.71)  | 0.132             |
| <i>≥ 31</i>   | 320                           | 101 (31.6%)                     | Reference           |                   |
| <b>Počet předchozích pokusů přestat kouřit</b>      |                               |                                 |                     |                   |
| <i>6 a více</i>                                     | 172                           | 62 (36.0%)                      | Reference           |                   |
| <i>2-5</i>  | 902                           | 324 (35.9%)                     | 0.99 (0.71 - 1.40)  | 0.975             |
| <i>1</i>  | 432                           | 172 (39.8%)                     | 1.17 (0.81 - 1.69)  | 0.391             |
| <i>0</i>  | 104                           | 44 (42.3%)                      | 1.30 (0.79 - 2.14)  | 0.300             |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b>            |                               |                                 |                     |                   |
| <i>6 a více</i>                                     | 842                           | 499 (59.3%)                     | 6.98 (5.59 – 8.71)  |                   |
| <i>3-5</i>  | 887                           | 153 (17.2%)                     | Reference           | <b>&lt; 0.001</b> |
| <b>Přítomnost deprese v anamnéze</b>                |                               |                                 |                     |                   |
| <i>Ne</i>   | 1441                          | 558 (38.7%)                     | 1.31 (1.00 – 1.71)  |                   |
| <i>Ano</i>  | 289                           | 94 (32.5%)                      | Reference           | <b>0.048</b>      |
| <b>Medikace</b>                                     |                               |                                 |                     |                   |
| <i>Bez medikace</i>                                 | 400                           | 48 (12.0%)                      | Reference           |                   |
| <i>Bupropion pouze</i>                              | 16                            | 6 (37.5%)                       | 4.40 (1.53 - 12.65) | <b>0.006</b>      |
| <i>Vareniklin pouze</i>                             | 551                           | 297 (53.9%)                     | 8.57 (6.07 - 12.11) | <b>&lt; 0.001</b> |
| <i>Náhradní nikotinová terapie pouze</i>            | 562                           | 210 (37.4%)                     | 4.37 (3.09 - 6.19)  | <b>&lt; 0.001</b> |
| <i>Kombinace (různé, nejčastěji bupropion+ NTN)</i> | 201                           | 91 (45.3%)                      | 6.07 (4.03 - 9.14)  | <b>&lt; 0.001</b> |

1 Pro každou charakteristiku kromě Fagerströмова testu závislosti na nikotinu (81%) a počtu předchozích pokusů přestat kouřit (93%)

byla data dostupná pro &gt;98% všech pacientů.

Pokud se však na podskupinu pacientů s anamnézou depresivní poruchy podíváme blíže, rozdíl v úspěšnosti se projevil pouze u mužů (nikoli žen, viz tabulka 4a) a pouze u pacientů, kteří měli v minulosti diagnostikovanou depresivní poruchu, ale v současnosti neužívají žádnou antidepresivní medikaci (viz tabulka 4b).

**Tabulka 4a:** Úspěšně abstinující po 12-měsíčním sledování, rozdělení dle pohlaví

|                       | <b>Pacienti bez<br/>deprese</b><br>(N=1441) | <b>Pacienti<br/>s depresí</b><br>(N=289) | <b>Hodnota<br/>p<sup>1</sup></b> |
|-----------------------|---|--|----------------------------------|
| <b>Celkem</b>         | 558 (38.7%)                                 | 94 (32.5%)                               | 0.054                            |
| <b>Pohlaví, n (%)</b> |   |  |                                  |
| <i>Muži</i>           | 319 (41.3%)                                 | 26 (27.4%)                               | <b>0.010</b>                     |
| <i>Ženy</i>           | 239 (35.7%)                                 | 68 (35.1%)                               | 0.932                            |

<sup>1</sup> Srovnání pomocí Fisher-exact testu.

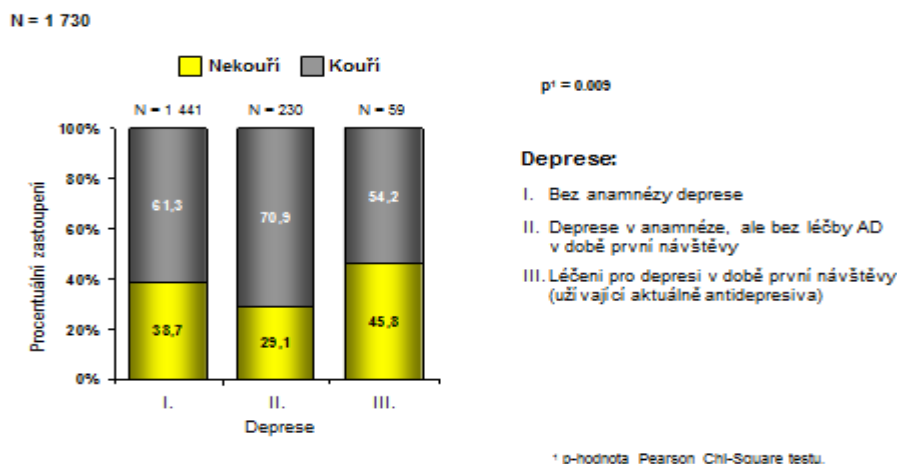
**Tabulka 4b:** Logistická regrese charakteristik spojených s tabákovou abstinencí  
(dle anamnézy deprese a užívání antidepresivní medikace)

|  | <b>Počet<br/>pacientů</b> | <b>Počet pacientů<br/>abstinujících po<br/>roce</b> | <b>OR (95% CI)</b>    | <b>Hodnota<br/>p</b> |
|--|---------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| <b>Deprese</b>   |                           |   |                       |                      |
| <i>Pacienti bez anamnézy<br/>deprese</i>                             | 1441                      | 558 (38.7%)   | Reference             |                      |
| <i>Pacienti s depresí v<br/>anamnéze, v současnosti<br/>neléčení</i> | 230                       | 67 (29.1%)  | 0.65<br>(0.48 - 0.88) | <b>0.005</b>         |
| <i>Deprese medikamentózně<br/>léčená v době první návštěvy</i>       | 59                        | 27 (45.8%)  | 1.34<br>(0.79 - 2.25) | 0.279                |

U pacientů, kteří již byli v době první návštěvy pro depresi medikováni (jakýmkoli antidepresivem dle doporučení ošetřujícího lékaře), bylo procento úspěšnosti dokonce vyšší, nežli u obecné populace bez jakékoli historie deprese, ačkoli tento výsledek vzhledem k počtu pacientů nedosahoval statistické významnosti (viz graf č. 5).

Graf č. 5: Úspěšnost pacientů vzhledem k výskytu deprese a užívání antidepresiv

### Úspěšnost pacientů vzhledem k výskytu deprese



V dalším kroku byla provedena vícerozměrná logistická regresivní analýza, která snížila počet faktorů predikujících úspěšnost při odvykání kouření pouze na 3: mužské vs. ženské pohlaví OR 1.24 (1.01-1.51),  $p=0.040$ , počet původně kouřených cigaret do 20 za den vs. 21 a více OR 1.28(1.05-1.57),  $p=0.015$  a věk počátku pravidelného kouření nad 18 let vs. 18 a méně let OR 1.23(1.00-1.50),  $p=0.047$ . Faktor anamnézy depresivní poruchy (stejně jako další vstupní parametry neuvedené v tabulce: vstupní FTND, užívání alkoholu, počet minulých pokusů přestat kouřit) se zde neprojevily ze statistického hlediska jako významné. (viz tabulka č. 5)

**Tabulka 5:** Vícerozměrná logistická regrese hodnotící charakteristiky spojené s abstinencí

|                                     | Počet pacientů <sup>1</sup><br>N=1721 | OR (95% CI)        | Hodnota p    |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------|
| <b>Pohlaví</b>                      |                                       |                    |              |
| <i>Muž</i>                          | 861                                   | 1.24 (1.01 – 1.51) | <b>0.040</b> |
| <i>Žena</i>                         | 860                                   | Reference          |              |
| <b>Cigaret denně</b>                |                                       |                    |              |
| <i>1-20</i>                         | 936                                   | 1.28 (1.05 – 1.57) | <b>0.015</b> |
| <i>≥ 21</i>                         | 785                                   | Reference          |              |
| <b>Počátek pravidelného kouření</b> |                                       |                    |              |
| <i>≤ 18</i>                         | 1024                                  | Reference          |              |
| <i>&gt; 18</i>                      | 697                                   | 1.23 (1.00 – 1.50) | <b>0.047</b> |
| <b>Anamnéza depresivní poruchy</b>  |                                       |                    |              |
| <i>Ne</i>                           | 1432                                  | 1.26 (0.96 – 1.65) | 0.101        |
| <i>Ano</i>                          | 289                                   | Reference          |              |

<sup>1</sup>Data byla dostupná pro 1721 pacientů pro každou z charakteristik

## 2. 4. Genderový pohled na kouření a odvykání kouření

Oba pojmy - pohlaví (sex) i gender jsou relevantní pro kontrolu tabáku. Zatímco pohlaví odkazuje na biologické rozdíly mezi ženami a muži, gender odkazuje na pole sociálně konstruovaných rolí a vztahů, osobnostních rysů, postojů, chování, hodnot, relativní moci a vlivu, které společnost připisuje oběma pohlavím. Muži a ženy jsou ovlivněni odlišným způsobem užíváním tabáku a tabákovým marketingem, také prevalence kouření a úspěšnost odvykání se liší mezi muži a ženami. (CDC 2001)

Dle údajů amerického Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2011) kouřilo v USA v roce 2011 19.3 % populace, 21.6% mužů a 16.5% žen. V České republice jsou dle údajů SZÚ nejčerstvější údaje tyto: V české populaci bylo v roce 2010 29.1% kuřáků, z toho 24.2% pravidelných a 4.9 % příležitostných (tj. těch, kdo kouří méně než 1 cigaretu denně). Mezi ženami do pak bylo celkem 25.3%, z toho 21.3% pravidelných a 4% příležitostných kuřáček. U mužů byla všechna tato čísla vyšší, tj. 32.6% kuřáků celkem, 26.9 pravidelných a 5.7 % nepravidelných. (Sovinová 2011). Další informace o specifikách kouření žen viz následující údaje:

- Z mnoha literárních pramenů vyplývá, že při odvykání kouření jsou v dlouhodobé abstinenci (měřené po půl roce či po roce) úspěšnější muži, a to i v případě, že jejich vstupní míra závislosti na nikotinu, měřená Fagerströmovým testem závislosti na nikotinu, byla vyšší nežli u žen (Ward 1997, Bohadana 2003) Údaje o úspěšnosti žen vs mužů pro Českou republiku nemáme k dispozici, výsledky našeho pracoviště vyšší úspěšnost léčby závislosti na tabáku u mužů potvrzují, jak bylo uvedeno i ve výsledcích předchozí kapitoly.
- Data o nižší úspěšnosti žen při odvykání kouření pocházejí převážně ze studií o léčbě závislosti na tabáku/nikotinu. Pokud se však na problém podíváme blíže, je mnohem složitější a ovlivnitelný na různých stupních rozvoje závislosti. Nelze vycházet pouze z neúplných údajů: na výsledek má kromě pohlaví (genderu) vliv také vzdělání, rodinný stav, adherence k léčbě a mnohé další faktory. Úspěšnost vázanou na pohlaví ovlivňuje také typ intervence.
- Při celoplošné populační kampani v New Yorku zaměřené na dospívající a mladé kuřáky do 24 let byl výsledek zcela protikladný. Po pěti letech – od roku 2001-2006- se snížila prevalence kouření ve sledované populaci mladých newyorčanů o 5% (z 23.8% na 18.8%). Tento úspěch byl plně dán sníženou prevalencí kouření u dívek a žen, mezi nimiž klesl počet kuřáček o neuvěřitelných 42%, zatímco prevalence kouření u mužů se v tomto období vůbec nesnížila. Tento 5-bodový program zahrnoval položky: zdanění tabákových výrobků, legislativní opatření, vzdělávací kampaň, rozšíření služeb pro

odvykání kouření včetně poskytnutí náhradní nikotinové terapie zdarma a následné vyhodnocení aktivit (Ellis 2008). Z výsledků vyplynulo, že na hodnocenou celopopulační kampaň reagovaly dívky a ženy mnohem výrazněji.

- U dívek se rychleji nežli u chlapců vyvine závislost na nikotinu (i alkoholu) i při expozici menším dávkám. Časná puberta, životní změny (zvláště přechod ze střední na vysokou školu), časté stěhování, poruchy příjmu potravy a sexuální zneužívání jsou silnými prediktory rizika kouření a škodlivého užívání alkoholu u dívek. (National Center on Addiction 2005)
- Studie identifikovaly řadu dalších na pohlaví vázaných faktorů, které byly zkoumány jako prediktory odvykání, průběhu kouření a relapsu po zanechání kouření. Tyto faktory zahrnovaly hormonální vlivy, těhotenství, obavu ze zvyšování váhy, nedostatek sociální opory a depresi. (CDC 2001)

Vzhledem k uvedeným i dalším rozdílům je vhodné zohlednit genderové hledisko jak v prevenci a sociálním marketingu, tak i v léčbě závislosti na tabáku, zvláště v rámci psychosociální intervence. Také dle naší klinické zkušenosti mají ženy i muži často odlišné motivy jak pro kouření, tak následně i pro odvykání kouření, což se může projevovat v celém průběhu léčby. Kromě zachování zdraví obecně a finančního benefitu, které jsou důležité u obou pohlaví srovnatelně, u žen může být důležité nastávající těhotenství a mateřství, zachování vzhledu (kouření má vliv na kvalitu vlasů, kůže a předčasnou menopauzu a stárnutí, [www.mayoclinic.com/health](http://www.mayoclinic.com/health)) či pozitivní příklad pro děti. Pro muže je specifickým a účinným motivem k odvykání kouření a udržení abstinence mmj. vliv na sexuální funkce, až 1/5 všech poruch mužské potence je způsobena kouřením. (Millet 2006)

Rozdíly mezi muži a ženami jsou také patrné v důsledcích pro poškození zdraví tabákovým kouřem i ve vnímání informací týkajících se tabáku. Některé studie, shrnuté v Surgeon General's Report on Women and Smoking (CDC 2001) uvádějí tyto informace:

- Ženy a dívky se více obávají přírůstku hmotnosti než chlapci, začínají proto častěji kouřit s cílem kontroly váhy.
- Ženy v průměru přiberou při odvykání kouření více kilogramů nežli muži.
- Ženy a dívky mají tendenci kouření využívat jako „nárazník“ proti negativním pocitům, zatímco muži kouří více ze zvyku a pro příjemný pocit.
- Nízkopříjmové skupiny matek v západních zemích často používají kouření jako „time-out“, jistý únik ze soustavné péče o děti.
- Některé ženy na Filipínách vyjadřují emocionální závislost na tabáku v průběhu obtížných úseků života, zatímco vietnamské městské ženy udávají, že začaly kouřit, „když byly velmi nešťastné“.

- Závislost u žen může být posilována více senzorickým a sociálním kontextem.
- Ženy přestávají kouřit s většími obtížemi nežli muži vzhledem k odlišné odpovědi na nikotin a při nižší sociální podpoře, ze strachu před zvýšením váhy a depresí.
- Procento relapsů u žen je vyšší, většinou ženy potřebují více pokusů k dosažení plné abstinence.

Některé práce a metaanalýzy uvádějí, že snížená úspěšnost žen při odvykání kouření by mohla být dána vyšší prevalencí deprese mezi ženami (Borelli 1996, Croghan 2009). Na tuto možnost jsme se proto zaměřili v následné multifaktoriální analýze souboru pacientů popsaném v předchozí kapitole, rozděleném na ženy a muže.

## 2.5. Výsledky analýzy rozdělené dle pohlaví:

V průběhu doby studie bylo ambulantně léčeno 1730 pacientů, z nichž 289 (16.7%) mělo anamnézu depresivní poruchy. Celková úspěšnost léčby po jednom roce byla 37.7% a byla signifikantně zvýšena u pacientů bez anamnézy deprese versus s depresí (38.7% vs. 32.5%,  $p = 0.047$ ). Ve srovnání úspěšnosti mezi muži a ženami byli mírně úspěšnější muži nežli ženy, 39.8% (345/867) versus 35.6% (307/863), OR 1.2, CI 95%,  $p=0.070$ , byť rozdíl nedosáhl statistické významnosti. Úvodní logistická regrese indikovala, že asociace mezi depresí a abstinencí by mohla být závislá na pohlaví. (Interakce deprese-dle pohlaví  $p=0.044$ ). Mezi ženami se abstinence nelišila signifikantně ve skupině s/bez anamnézy depresivní poruchy, (35.0% vs. 35.7%,  $p = 0.863$ ), zatímco mezi muži měla skupina s anamnézou depresivní poruchy signifikantně nižší procento úspěšnosti (27.4% vs. 41.3%,  $p = 0.009$ ).

Následující vícerozměrné analýzy pak byly provedeny zcela odděleně pro obě pohlaví. V tabulkách 6 a 7 jsou uvedeny úvodní charakteristiky žen a mužů dle přítomnosti či nepřítomnosti anamnézy depresivní poruchy. Ve srovnání s ženami bez deprese byly ženy s anamnézou deprese výrazně starší, začaly kouřit ve vyšším věku, byly více závislé na nikotinu dle FTND a byly častěji léčeny kombinovanou terapií. (tabulka 6). Obdobně muži s anamnézou deprese ve srovnání s muži bez depresivní anamnézy byli silnější kuřáci, více závislí na nikotinu a častěji byli léčeni kombinovanou terapií určenou k odvykání kouření (tabulka 7). Výsledky vícerozměrné analýzy faktorů spjatých s abstinencí po roce jsou prezentovány v tabulkách 8 a 9 (pro ženy, resp. muže). Po adjustaci pro základní kovariantní charakteristiky NEBYLA deprese shledána jako faktor asociovaný s nižší úspěšností léčby závislosti na tabáku u žen OR = 0.87; 95% CI, 0.55-1.39;  $p = 0.568$ ) ani u mužů. (OR = 0.57; 95% CI, 0.30-1.10;  $p = 0.093$ ).



**Tabulka 6:** Charakteristiky hodnocených žen dle přítomnosti depresivní poruchy v anamnéze

|  | Pacientky bez historie deprese (N=669) <sup>a</sup> | Pacientky s historií deprese (N=194) <sup>a</sup> | p value <sup>b</sup> |
|--|---|---|----------------------|
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>               |   |   |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                            | 47 (25 - 70)  | 53 (29 - 72)                                      | <b>0.006</b>         |
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>               |   |   |                      |
| ≤ 39   | 249 (37.2)  | 50 (25.8)   | <b>0.006</b>         |
| 40 – 49  | 106 (15.8)  | 32 (16.5)   |                      |
| 50-59  | 142 (21.2)  | 61 (31.4)   |                      |
| ≥ 60   | 172 (25.7)  | 51 (26.3)   |                      |
| <b>Věk při první cigaretě (roky)</b>               |   |   |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                            | 16 (10 - 22)  | 16 (9 - 24)                                       | 0.050                |
| <b>Věk při počátku pravidelného kouření, n (%)</b> |   |   |                      |
| ≤ 18   | 383 (57.3)  | 91 (46.9)   | <b>0.011</b>         |
| ≥ 19   | 285 (42.7)  | 103 (53.1)  |                      |
| <b>FTND score, n (%)</b>                           |   |   |                      |
| 0 – 5  | 267 (50.5)  | 63 (40.6)   | <b>0.035</b>         |
| ≥ 6  | 262 (49.5)  | 92 (59.4)   |                      |
| <b>Cigaret denně, n (%)</b>                        |   |   |                      |
| 1-10   | 56 (8.4)  | 13 (6.7)  | 0.398                |
| 11-20  | 362 (54.3)  | 95 (49.2)   |                      |
| 21-30  | 157 (23.5)  | 54 (28.0)   |                      |
| ≥ 31   | 92 (13.8)   | 31 (16.1)   |                      |
| <b>Předchozí pokusy přestat kouřit, n (%)</b>      |   |   |                      |
| 0  | 44 (7.2)  | 12 (6.6)  | 0.943                |
| 1  | 158 (25.8)  | 47 (25.8)   |                      |
| 2-5  | 358 (58.5)  | 105 (57.7)  |                      |
| 6 a více   | 52 (8.5)  | 18 (9.9)  |                      |
| <b>Počet návštěv</b>                               |   |   |                      |
| 6 a více   | 334 (50.0)  | 103 (53.1)  | 0.464                |
| 3-5  | 334 (50.0)  | 91 (46.9)   |                      |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b>           |   |   |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                            | 6 (3 - 12)  | 6 (3 - 13)  | 0.203                |
| <b>Medikace, n (%)</b>                             |   |   |                      |
| <i>Bez medikace</i>                                | 145 (21.7)  | 42 (21.6)   | <b>0.021</b>         |
| <i>Pouze vareniklin</i>                            | 194 (29.0)  | 52 (26.8)   |                      |
| <i>Pouze náhradní nikotinová terapie</i>           | 249 (37.2)  | 60 (30.9)   |                      |
| <i>Jiná medikace nebo kombinace</i>                | 81 (12.1)   | 40 (20.6)   |                      |

<sup>a</sup> Data byla dostupná pro >98% pacientů pro všechny charakteristiky vyjma FTND skóre (79%) a počet předchozích pokusů přestat kouřit (92%).

<sup>b</sup> Spojité proměnné byly srovnávány pomocí Mann-Whitneyho testu. Kategoriální proměnné byly srovnávány s použitím Fisherova exaktního testu nebo Chi-square testu.

FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerströmov test závislosti na nikotinu)

**Tabulka 7:** Charakteristiky hodnocených mužů dle přítomnosti depresivní poruchy v anamnéze

|  | Pacienti bez anamnézy deprese (N = 772) <sup>a</sup> | Pacienti s anamnézou deprese (N = 95) <sup>a</sup> | p value <sup>b</sup> |
|--|--|--|----------------------|
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>           |  |  |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                        | 45 (26 - 69)   | 46 (28 - 65)                                       | 0.820                |
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>           |  |  |                      |
| ≤ 39   | 289 (37.5)   | 31 (32.6)  | 0.412                |
| 40 - 49  | 163 (21.1)   | 24 (25.3)  |                      |
| 50-59  | 157 (20.4)   | 24 (25.3)  |                      |
| ≥ 60   | 162 (21.0)   | 16 (16.8)  |                      |
| <b>Věk při první cigaretě (roky)</b>           |  |  |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                        | 14 (6 - 20)  | 14 (7 - 21)  | 0.804                |
| <b>Věk počátku pravidelného kouření, n (%)</b> |  |  |                      |
| ≤ 18   | 498 (64.7)   | 55 (57.9)  | 0.213                |
| ≥ 19   | 272 (35.3)   | 40 (42.1)  |                      |
| <b>FTND skóre, n (%)</b>                       |  |  |                      |
| 0 - 5  | 283 (44.4)   | 26 (31.7)  | <b>0.033</b>         |
| ≥ 6  | 355 (55.6)   | 56 (68.3)  |                      |
| <b>Cigaret denně, n (%)</b>                    |  |  |                      |
| 1-10   | 44 (5.7)   | 3 (3.2)  | <b>0.018</b>         |
| 11-20  | 335 (43.7)   | 28 (29.5)  |                      |
| 21-30  | 219 (28.6)   | 35 (36.8)  |                      |
| ≥ 31   | 168 (21.9)   | 29 (30.5)  |                      |
| <b>Předchozí pokusy přestat kouřit, n (%)</b>  |  |  |                      |
| 0  | 41 (5.7)   | 7 (7.7)  | 0.289                |
| 1  | 209 (28.8)   | 18 (19.8)  |                      |
| 2-5  | 386 (53.2)   | 53 (58.2)  |                      |
| 6 a více                                       | 89 (12.3)  | 13 (14.3)  |                      |
| <b>Počet návštěv</b>                           |  |  |                      |
| 6 a více                                       | 365 (47.3)   | 40 (42.1)  | 0.384                |
| 3-5  | 407 (52.7)   | 55 (57.9)  |                      |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b>       |  |  |                      |
| <i>Median, (5%-95%)</i>                        | 5 (3 - 11)   | 5 (3 - 14)   | 0.694                |
| <b>Medikace, n (%)</b>                         |  |  |                      |
| <i>Bez medikace</i>                            | 189 (24.5)   | 24 (25.3)  | <b>0.002</b>         |
| <i>Pouze vareniklin</i>                        | 283 (36.7)   | 22 (23.2)  |                      |
| <i>Pouze náhradní terapie nikotinem</i>        | 224 (29.0)   | 29 (30.5)  |                      |
| <i>Jiná terapie nebo kombinace</i>             | 74 (9.9)   | 20 (21.1)  |                      |

<sup>a</sup> Data byla dostupná pro >98% pacientů pro všechny charakteristiky vyjma FTND score (83%) a počet předchozích pokusů přestat kouřit (94%).

<sup>b</sup> Spojité proměnné byly srovnávány pomocí Mann-Whitneyho testu. Kategoriální proměnné byly srovnávány s použitím Fisherova exaktního testu nebo Chi-square testu.

FTND = Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerströmov test závislosti na nikotinu)

**Tabulka 8:** Vícerozměrná logistická regrese hodnotící charakteristiky žen, asociované s úspěšnou abstinencí po jednom roce

|  | Počet pacientů <sup>a</sup> | OR (95% CI) <sup>b</sup> | p value <sup>b</sup> |
|--|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Anamnéza deprese</b>                  |                             |                          |                      |
| <i>Ne</i>                                | 477                         | Reference                |                      |
| <i>Ano</i>                               | 146                         | 0.87 (0.55 - 1.39)       | 0.568                |
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>     |                             |                          |                      |
| <i>≤ 39</i>                              | 213                         | Reference                |                      |
| <i>40 - 49</i>                           | 103                         | 0.93 (0.51 - 1.68)       | 0.807                |
| <i>50-59</i>                             | 151                         | 1.67 (0.99 - 2.81)       | 0.053                |
| <i>≥ 60</i>                              | 156                         | 0.88 (0.52 - 1.50)       | 0.641                |
| <b>Věk při počátku kouření</b>           |                             |                          |                      |
| <i>≤ 18</i>                              | 348                         | Reference                |                      |
| <i>≥ 19</i>                              | 275                         | 1.30 (0.84 - 2.01)       | 0.242                |
| <b>FTND skóre</b>                        |                             |                          |                      |
| <i>≥ 6</i>                               | 324                         | Reference                |                      |
| <i>0 - 5</i>                             | 299                         | 0.89 (0.56 - 1.40)       | 0.611                |
| <b>Cigaret denně</b>                     |                             |                          |                      |
| <i>≥ 31</i>                              | 90                          | Reference                |                      |
| <i>21-30</i>                             | 149                         | 0.86 (0.45 - 1.67)       | 0.662                |
| <i>11-20</i>                             | 339                         | 1.37 (0.72 - 2.60)       | 0.333                |
| <i>1-10</i>                              | 45                          | 2.93 (1.11 - 7.71)       | <b>0.029</b>         |
| <b>Předchozí pokusy přestat kouřit</b>   |                             |                          |                      |
| <i>6 a více</i>                          | 52                          | Reference                |                      |
| <i>2-5</i>                               | 372                         | 0.89 (0.44 - 1.79)       | 0.734                |
| <i>1</i>                                 | 161                         | 1.12 (0.53 - 2.38)       | 0.766                |
| <i>0</i>                                 | 38                          | 1.01 (0.35 - 2.89)       | 0.989                |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b> |                             |                          |                      |
| <i>3-5</i>                               | 314                         | Reference                |                      |
| <i>6 a více</i>                          | 309                         | 4.58 (2.97 - 7.05)       | <b>&lt;0.001</b>     |
| <b>Farmakoterapie</b>                    |                             |                          |                      |
| <i>Bez medikace</i>                      | 142                         | Reference                |                      |
| <i>Pouze vareniklin</i>                  | 165                         | 5.31 (2.55 - 11.06)      | <b>&lt;0.001</b>     |
| <i>Pouze náhradní nikotinová terapie</i> | 228                         | 3.41 (1.69 - 6.88)       | <b>0.001</b>         |
| <i>Jiná terapie či kombinace</i>         | 88                          | 3.97 (1.77 - 8.87)       | <b>0.001</b>         |

<sup>a</sup> Analýza omezena na 623 žen, které měly dostupné informace o všech charakteristikách

<sup>b</sup> Poměr šancí (odds ratio, OR) pro úspěch při odvykání kouření s 95% CI a Wald test p value. Odds ratios větší než 1.0 indikují zvýšenou pravděpodobnost abstinence.

FTND = Fagerströmův test závislosti na nikotinu

**Tabulka 9:** Vícerozměrná logistická regrese hodnotící charakteristiky **mužů**, asociované s úspěšnou abstinencí po jednom roce

|  | Počet pacientů <sup>a</sup> | OR (95% CI) <sup>b</sup> | p value <sup>b</sup> |
|--|-----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Anamnéza deprese</b>                  |                             |                          |                      |
| <i>Ne</i>                                | 584                         | Reference                |                      |
| <i>Ano</i>                               | 78                          | 0.57 (0.30 – 1.10)       | 0.093                |
| <b>Věk při první návštěvě (roky)</b>     |                             |                          |                      |
| <i>≤ 39</i>                              | 255                         | Reference                |                      |
| <i>40 - 49</i>                           | 140                         | 1.17 (0.69 - 1.99)       | 0.559                |
| <i>50-59</i>                             | 136                         | 1.27 (0.75 - 2.15)       | 0.365                |
| <i>≥ 60</i>                              | 131                         | 1.68 (0.98 - 2.89)       | 0.061                |
| <b>Věk při počátku kouření</b>           |                             |                          |                      |
| <i>≤ 18</i>                              | 431                         | Reference                |                      |
| <i>≥ 19</i>                              | 231                         | 1.26 (0.82 - 1.94)       | 0.293                |
| <b>FTND skóre</b>                        |                             |                          |                      |
| <i>≥ 6</i>                               | 378                         | Reference                |                      |
| <i>0 - 5</i>                             | 284                         | 0.98 (0.63 - 1.53)       | 0.928                |
| <b>Cigaret denně</b>                     |                             |                          |                      |
| <i>≥ 31</i>                              | 154                         | Reference                |                      |
| <i>21-30</i>                             | 203                         | 1.27 (0.74 - 2.18)       | 0.390                |
| <i>11-20</i>                             | 267                         | 2.03 (1.15 - 3.57)       | <b>0.014</b>         |
| <i>1-10</i>                              | 38                          | 2.80 (1.06 - 7.38)       | <b>0.037</b>         |
| <b>Předchozí pokusy přestat kouřit</b>   |                             |                          |                      |
| <i>6 a více</i>                          | 85                          | Reference                |                      |
| <i>2-5</i>                               | 355                         | 1.04 (0.58 - 1.88)       | 0.895                |
| <i>1</i>                                 | 184                         | 1.40 (0.73 - 2.67)       | 0.310                |
| <i>0</i>                                 | 38                          | 1.08 (0.42 - 2.80)       | 0.874                |
| <b>Počet návštěv v průběhu sledování</b> |                             |                          |                      |
| <i>3-5</i>                               | 366                         | Reference                |                      |
| <i>6 a více</i>                          | 296                         | 7.19 (4.72 - 10.94)      | <b>&lt;0.001</b>     |
| <b>Farmakoterapie</b>                    |                             |                          |                      |
| <i>Bez medikace</i>                      | 172                         | Reference                |                      |
| <i>Pouze vareniklin</i>                  | 224                         | 3.82 (2.10 - 6.97)       | <b>&lt;0.001</b>     |
| <i>Pouze náhradní nikotinová terapie</i> | 191                         | 1.81 (0.98 - 3.32)       | 0.056                |
| <i>Jiná terapie či kombinace</i>         | 75                          | 1.35 (0.63 - 2.89)       | 0.438                |

<sup>a</sup> Analýza omezena na 662 mužů, kteří měli dostupné informace o všech charakteristikách

<sup>b</sup> Poměr šancí (odds ratio, OR) pro úspěch při odvykání kouření s 95% CI a Wald test p value. Odds ratios větší než 1.0 indikují zvýšenou pravděpodobnost abstinence.

FTND = Fagerströmův test závislosti na nikotinu

## 2. 6. Shrnutí kapitoly 2

V našem souboru 1730 ambulantních pacientů se potvrdila celkově mírně snížená míra úspěšnosti léčby závislosti na tabáku po jednom roce u pacientů s anamnézou depresivní poruchy- 32.5 %versus 38.7%. Při bližším pohledu se však rozdíl projevil pouze v mužské části souboru a u pacientů, kteří nebyli pro depresivní poruchu farmakologicky léčeni. Při použití vícerozměrné analýzy zahrnující parametry: depresivní porucha v anamnéze, počet denně kouřených cigaret, vstupní FTND, věk počátku kouření, počet minulých pokusů přestat kouřit abusus alkoholu a pohlaví, se faktor přítomnosti anamnézy depresivní poruchy neprojevil jako významný pro abstinenci po roce. Tento výsledek podporuje efektivitu a smysluplnost intenzivní léčby závislosti na tabáku u pacientů s anamnézou depresivní poruchy při použití shodných postupů jako v obecné populaci.

Hypotéza, že snížená úspěšnost žen při odvykání kouření je dána vyšší prevalencí deprese mezi ženami, se v našem souboru pacientů nepotvrdila, obě skupiny žen měly zcela srovnatelnou úspěšnost odvykání kouření po jednom roce.

### 3. Diskuse:

Hlavní limitaci studie vidíme v jejím retrospektivním designu a v otázce validity osobních údajů. Někteří pacienti při první návštěvě nejsou ochotni hovořit o svých předchozích psychických obtížích či jejich tíži bagatelizují.

Vysoké procento úspěšnosti léčby našich pacientů s historií depresivní poruchy je pravděpodobně dáno i tím, že se jednalo o ambulantní a stabilizované pacienty, kteří do specializovaného centra přicházejí sami a o léčbu mají aktivní zájem. Pacienti si mohou spoluurčovat frekvenci návštěv, dle našich výsledků právě tito pacienti absolvují v průběhu roku více kontrol ve srovnání s ostatními odvykajícími kuřáky. Vysoká úspěšnost pacientů užívajících farmakoterapii určenou k odvykání kouření je vs. dána sumací efektu samotné terapie a tím, že pacienti, kteří jsou ochotni za léky vydat nemalé částky, jsou i skupinou více motivovanou oproti té, která do léčby není ochotná investovat (nejedná se o výsledky randomizované studie). V rámci psychiatrických oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti v těžších stádiích deprese a často méně motivovaní k odvykání kouření, by bylo procento úspěšnosti s vysokou pravděpodobností nižší.

V souboru 1730 kuřáků, kteří vyhledali léčbu na našem pracovišti, jsme potvrdili celkově nižší úspěšnost léčby závislosti na tabáku po jednom roce u pacientů s depresí v anamnéze (32,5%) oproti těm, kteří neměli anamnézu depresivní poruchy (38,7%). Nicméně, při bližším zkoumání, tento rozdíl byl patrný pouze u mužů - kuřáků. Tento nálezný je v rozporu s jinými studiemi, které uváděly naopak nižší úspěšnost žen vzhledem k přítomnosti deprese (Croghan 2009). Další výzkum souvislostí závislosti na tabáku, deprese a jejího vývoje v průběhu odvykání kouření je proto žádoucí.

Programy zaměřené specificky na ženy často akcentují strategie pro udržení hmotnosti, nefarmakologické aspekty kouření, stress management, genderově specifické informace a letáky a určení dne D dle doby menstruačního cyklu. Z citované metaanalýzy vyplývá, že celková úspěšnost odvykání kouření u žen je v těchto programech obdobná, jako u „koedukovaných“ programů. Toto lze konstatovat i na základě našich výsledků (kapitola 3), kde úspěšnost žen v nespecifickém programu byla pouze statisticky nevýznamně nižší, nežli u mužů, navíc zcela srovnatelné u žen s depresí i bez deprese. Na druhou stranu tyto specifické přístupy mohou zvýšit ochotu žen, zvláště z nízkopříjmových skupin, se takovýchto

programů zúčastnit. (Torchalla 2012). Ženy mající vysoké riziko „pokračujícího kouření“ mají současně i vysoké riziko vzniku deprese (Borelli 1996). I z tohoto důvodu je důležité věnovat ženám - kuřačkám a jejich léčbě dostatečnou pozornost.

Pokud jsou v analýze vzaty v úvahu další významné faktory (historie depresivní poruchy, počet cigaret vykouřených za den, Fageströmův test nikotinové závislosti, věk při začátku kouření, počet předchozích pokusů přestat kouřit a pohlaví), přítomnost historie deprese nebyla významně spojena (negativně ani pozitivně) s abstinencí po uplynutí jednoho roku, a to ani u mužů, ani u žen. Tento výsledek podporuje účinnost a relevanci intenzivní léčby závislosti na tabáku u pacientů s depresí v anamnéze při využívání individualizovaného programu, zaměřeného na potřeby každého jednotlivého pacienta

Příznivé výsledky u našich pacientů s anamnézou depresivní poruchy jsou dalším podkladem k tomu, aby intervence směřující k odvykání kouření a intenzivní léčba závislosti na tabáku byly pacientům s psychickými obtížemi nabízeny a prováděny. Mnoho prací citovaných již v úvodu se shoduje, že krátká intervence by měla být prováděna u všech pacientů plošně v rámci rutinní léčby a intenzivní intervence pak vždy, když o ni pacient projeví zájem.

## 4. Začlenění léčby závislosti na tabáku do zdravotního systému

### 4. 1. Implementace do zdravotních systémů

V předchozích kapitolách byla demonstrována důležitost plošného provádění intervencí směřujících k zanechání kouření, stejně jako jejich účinnost. Provádění těchto intervencí je důležité jak v rámci celé populace, tak i se zvláštním pozorností zaměřenou na zdravotně i socioekonomicky znevýhodněné skupiny obyvatel. Postupy léčby závislosti na tabáku jsou přehledně shrnuty v mnoha mezinárodních i českých závazných doporučeních léčby a stručně nastíněny v úvodní kapitole. Poslední část své disertační práce bych ráda věnovala způsobům implementace do zdravotních systémů, které umožňují tato doporučení zavést do každodenní praxe. Bez této snahy by mnoho z dobře míněných i jasně formulovaných doporučení mohlo zůstat pouze „na papíře“.

Pro ilustraci můžeme uvést příklad zákona 379/2005 (zákon č. 379/2005 Sb., O opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami), kde je v paragrafu 19 zakotvena povinnost zdravotnických pracovníků provádět v kontaktu s pacientem krátkou intervenci. Tato základní klinická intervence vyžaduje pouze minimum času, avšak při plošném provádění má z populačního hlediska nejvyšší efektivitu. Skládá se z pěti kroků, v angličtině označovaných jako 5A, v češtině 5P (Králíková 2011).

- **Ask** – ptejte se na kuřáctví: vždy při 1. návštěvě, u kuřáků při každé kontrole, u dětí dotaz na kuřáctví doma.
- **Advice** – poraďte přestat: nekuřáka pochvalte, kuřáka upozornit na nutnost přestat.
- **Assess** – posuďte ochotu přestat.
- **Assist** – pomozte přestat, stanovit den D, kdy pacient přestane kouřit. Poraďte, jak překonat situace, kdy nejčastěji kouřil, bez cigarety. Závislým pacientům nabídnout alternativní náhradu NTN.
- **Arrange follow up** – plánujte kontrolní návštěvy: hlavně v prvních týdnech po dni D, další možnosti je odeslat pacienta k další léčbě do specializovaného centra.

V praxi je však povinnost provádění krátké intervence pouze málokdy uplatňována. Např. dle průzkumu prováděného v rámci grantu hl.m. Prahy „Zdravé město Praha 2007“ provádělo rutinně intervenci pouze minimum oslovených lékařů. Jako bariéru pro provádění intervence uváděli lékaři především nedostatek času a dále nedostatečné proškolení



v problematice odvykání kouření. Další bariérou v provádění intervencí, směřujících k zanechání kouření, je kouření zdravotnického personálu. Je prokázáno, že lékaři, kteří sami kouří, méně často intervenují v oblasti kouření a v případě intervence jejich chování navíc oslabuje důležitost jejich sdělení pro pacienta. (Pipe 2009, CDC 1993)

#### **4.2. Problematika tabáku ve výuce lékařských fakult**

V oslovování zdravotníků je nejvhodnější začít již během jejich profesní přípravy, tj. během studia na lékařských fakultách a středních zdravotních školách. V literatuře můžeme nalézt mnoho doporučení pro edukační aktivity v rámci lékařských fakult i středních zdravotních škol. Vyplývá z nich, že témata týkající se dopadů užívání tabákových výrobků, kontroly tabáku i léčby závislosti na tabáku by měla být zařazena do výukových plánů i zkušebních otázek. V mnoha státech včetně ČR není výuka v této oblasti dostatečná. (Richmond 2009, Roddy 2004) V české republice jsou na jednotlivých lékařských fakultách děkanem jmenováni koordinátoři výuky témat týkajících se tabáku, dosud s výjimkou nové lékařské fakulty v Ostravě. V rámci grantu mezivládní spolupráce ČR a USA Amvis – Kontakt (ME 09014) jsme se jich jménem našeho Centra pro závislé na tabáku, referenčního pro Českou republiku, dotazovali na rozsah této výuky. Na většině lékařských fakult částečně tato výuka probíhá, avšak v nedostatečném rozsahu, týká se povětšinou prevence a nikoliv léčby, navíc pouze minimum témat souvisejících s užíváním tabákových výrobků je zařazeno do zkušebních otázek. (Kralikova E, Stepankova L, Rames J et al.: Tobacco in the curricula of general medicine at all 8 medical faculties in the Czech Republic, in preparation). Proto pracovní skupina při referenčním centru pro závislé na tabáku sestavila na základě literatury (Geller 2004, Ferry 1999) a zahraničních zkušeností krátká doporučení minimálního obsahu problematiky ve výuce a obrátila se na děkany všech lékařských fakult s prosbou o spolupráci v této oblasti. Jednotlivé body viz tabulka č. 10.

**Tabulka 10:** Problematika tabáku ve výuce lékařských fakult

|  |
|--|
| Kouření tabáku je ročně celosvětově příčinou 6 milionů úmrtí, v ČR téměř pětiny (18 000) úmrtí a současně nejvýznamnější preventabilní příčinou mortality a morbidity. Zaslouží tedy pozornost lékařských fakult.  |
| Závislost na tabáku je samostatnou diagnózou dle MKN-10 (F17.2) a jako v případě každé nemoci by se budoucí lékaři měli seznámit s nejen s epidemiologií, ale i prevencí a léčbou.   |
| <p>Kouření způsobuje nemoci ve všech oborech medicíny, proto by tato tematika měla být zařazena ve všech oborech – některé jsou však klíčové:</p> <p>Interní propedeutika – krátká intervence</p> <p>Farmakologie – farmakoterapie, lékové interakce kouření</p> <p>Epidemiologie/preventivní medicína: Epidemiologie a prevence kouření</p> <p>Interní medicína – důsledky, komorbidita, léčba závislosti na tabáku</p> <p>Psychiatrie – psychiatrické souvislosti kouření (vysoká prevalence a komorbidita, lékové interakce, specifika léčby)</p> <p>Gynekologie a porodnictví – vliv na reprodukci a pohlavní orgány</p> <p>Chirurgické obory - zhoršené hojení ran, vyšší výskyt komplikací</p> |
| Každá lékařská fakulta by měla mít osobu zodpovědnou za výuku problematiky tabáku jmenovanou děkanem, průběžně sledovat prevalenci kouření mezi svými studenty a učiteli a sledovat aktuální zastoupení tématu v syllabech.  |
| Odrasem intenzity této výuky je zařazení tématu tabáku mezi zkušební otázky jednotlivých předmětů, proto by bylo vhodné zařadit do zkušebních otázek nejen témata týkající se epidemiologie či prevence, ale i léčby závislosti na tabáku a věnovat více pozornosti i výuce témat souvisejících s kouřením v klinických oborech.   |
| Fakultní nemocnice, ve kterých funguje specializované Centrum pro závislé na tabáku, mohou tato pracoviště využít pro praktickou výuku.  |

#### 4. 3. Systém léčby závislosti na tabáku na Mayo Clinic v Rochesteru (USA)

Klinika Mayo v americkém státě Minnesota je špičkovým klinickým ústavem s významnou historií, v minulosti i v současnosti motorem výzkumu v mnoha oblastech medicíny a současně univerzitním výukovým pracovištěm. Mayo Clinic Nicotine Dependence Center bylo založeno roku 1988 a stalo se vzorem pro obdobná specializovaná pracoviště v mnoha státech světa. Vzorem je i z důvodu efektivního systému spolupráce v rámci celé nemocnice. Pokusím se proto v dalším oddílu popsat systém léčby, jak funguje v rámci celé Mayo Clinic a přímo v Nicotine Dependence Center, a to na základě svých zkušeností a přednášky profesora Hurta, připravené v loňském roce pro konferenci Tabák a zdraví (Hurt 2011). Konkrétní postupy léčby v NDC respektují platná americká doporučení léčby, která byla vydána roku 2000 a inovována r. 2008. (Fiore 2000, 2008)

##### Kontrola užívání tabáku v průběhu hospitalizace

Prostory oddělení, celé nemocnice i přilehlé prostory včetně parků jsou striktně nekuřácké, zákaz je dodržován ve všech budovách a odděleních včetně psychiatrického, kde platí od roku 2007. Zde je nutné zdůraznit, že intervence i náhradní terapie nikotinem je v průběhu hospitalizace hrazena u všech typů pojištění včetně státního Medicare a Medicaid – tj. v případě Medicare se jedná o pacienty handicapované, invalidní a nad 65 let, u Medicaid sociálně slabé.

Každý pacient je tázán již při příjmu, zda kouří či užívá jiné typy tabákových výrobků, a jestli kouřil v posledních 12 měsících. V případě, že kouří, je mu nabídnuta ošetřující sestrou (bed side nurse) nikotinová náplast v odpovídající síle k minimalizaci abstinenčních příznaků během hospitalizace.

Pacient je následně sestrou u lůžka dotázán, zda má zájem o rozhovor se specialistou z Nicotine Dependence Center (Centrum závislosti na nikotinu) o možnostech léčby závislosti na tabáku a souvisejících problémech. V kladném případě speciálně vyškolený zdravotník (TTS- Tobacco Treatment Specialist) přijde za pacientem provést intervenci k lůžku. Úvodní rozhovor trvá 30-60 minut a má poměrně pevně danou strukturu danou připraveným protokolem, samozřejmě je rozhovor přizpůsoben stavu a onemocnění pacienta.

Součástí rozhovoru je vždy zhodnocení a posilování motivace (včetně otázek: Jak důležité je pro vás přestat kouřit a Jakou důvěru máte v úspěch svého odvykání, vždy na škále 0-10 bodů), rozhovor o možných behaviorálních změnách, o zvládání stresových situací a seznámení s různými druhy farmakoterapie.

Pracovník po rozhovoru s pacientem vyplní údaje do dokumentace v počítači (od kolika let kouří či užívá jiné formy tabáku, kolik kusů denně, zda kouří rodinní příslušníci, kolikrát se pacient snažil přestat a jak nejdéle vydržel nekouřit, co zkoušel za medikaci, anamnézu deprese a jiných psychických obtíží) a doporučí ošetřujícímu lékaři předepsání medikace, dohodnuté s pacientem.

V případě zájmu pacienta či delší hospitalizace se domluví termín další kontroly. V případě rychlejšího propuštění (většinou, doba hospitalizace se minimalizuje) jsou další kontroly telefonické a jsou prováděny pracovníkem v call-centru NDC. Pokud bydlí pacient v dojezdové vzdálenosti od Mayo Clinic, mohou být návštěvy i osobní v NDC.

Program pro **ambulantní pacienty** NDC:

Intervence probíhají individuálně, úvodní trvá přibližně 1 hodinu a kontrolní asi půl hodiny. Program je určen pro všechny zájemce, doporučené z jiných oddělení Mayo Clinic i bez doporučení lékaře.

Náplní jsou sezení velmi podobná jako v našem Centru pro závislé na tabáku (které ostatně vzniklo po jeho vzoru), více se využívají klasické techniky motivačního rozhovoru. Dále je probírána nutnost behaviorální změny, zvládání stresových situací a možnosti farmakoterapie. Více než v našich centrech se využívá tištěných materiálů a k dispozici je pacientům i DVD se základními informacemi. Tištěnou příručku i DVD dostane pacient při první návštěvě.

Podrobný rozpis **rezidenčního programu** přesahuje rámec této kapitoly, pobyt osmidenní a je otevřen pro všechny kuřáky, kterým se nepodařilo přestat kouřit v ambulantním režimu, včetně pacientů s psychiatrickou anamnézou či dřívějším abusem alkoholu a jiných drog. V zásadě program zahrnuje edukační skupiny týkající se vlivu kouření na zdraví, stress management, psychoterapii skupinovou i individuální, pacienti je stále k dispozici zdravotník a 2x denně se provádí měření CO ve vydechovaném vzduchu.

Dle souhrnné zprávy (Croghan 2009) je úspěšnost léčby v jednotlivých typech programů Mayo Clinic NDC takováto: Ambulantní léčba **25%**, hospitalizovaní pacienti **32%**, rezidenční program **52%**.

V referenčním centru pro závislé na tabáku pro ČR, které je součástí 3. Interní kliniky VFN a 1.LF UK, byla validizovaná úspěšnost léčby po jednom roce 37.7%.

#### **4. 4. Hrazení péče v rámci zdravotního pojištění, srovnání stavu v USA a ČR:**

USA: Většina zdravotních pojišťoven i programy Medicare a Medicaid hradí pacientům intervence v odvykání kouření i léky v průběhu hospitalizace.

Co se týká hrazení ambulantní péče v NDC, velmi se liší dle pojišťovny (v rámci Medicare a Medicaid programu pacient přispívá 40 dolarů za návštěvu, stav r. 2009), léky většina pojišťoven hradí, ale po omezenou dobu, nejčastěji po dobu 3-6 měsíců. Pochopitelně lepší druhy pojištění kryjí léčbu zcela. NDC má nastaveny pevné taxy, které většina pojišťoven hradí, v každém případě je za uhrazení celé platby zodpovědný pacient a on musí vše s pojišťovnou projednat (takto to probíhá na celé Mayo clinic). Za čtvrt hodinu úvodní tabákové intervence platí pojišťovny 45 dolarů (většinou trvá 1 hodinu, za čtvrt hodinu follow-up 30 dolarů (většinou trvá půl hodiny).

Residenční program na 8 dní stojí 5000 dolarů (to je asi 85 000), což je cena bez předepsaných léků. Pojišťovny se velmi liší v míře jeho proplácení. Podrobnosti o tomto i ostatních programech jsou dostupné na <http://www.mayoclinic.org/ndc-rst/residential.html>

ČR: Léky pro odvykání kouření a ani intervence prováděné specialistou (lékařem, sestrou či adiktologem) nejsou v průběhu hospitalizace hrazeny. Povinnost provádění krátké intervence lékařem je ukotvena v zákoně, nicméně je plněna pouze sporadicky.

Ambulantní léčba: V ČR v roce 2012 fungovalo 41 center pro závislé na tabáku. Tato centra, po uzavření smlouvy s pojišťovnou, mohou vykazovat 2 specializované kódy: Úvodní intervenci, 60 minut, kód 25501, a kontrolní intervenci, 30 min, kód 25503, maximálně 8x ročně. Léky určené k léčbě závislosti na tabáku nejsou t.č. ze zdravotního pojištění hrazeny, některé pojišťovny přispívají pacientům malou částí (max. 1000 Kč jednorázově) z fondu prevence.

Residenční program dosud v rámci České republiky nikde neprobíhá.

Ze srovnání, kromě absence rezidenčního programu, vyplývá především nižší míra hrazení léků pro závislost na tabáku a zcela nevyřešený problém intervencí během hospitalizace v českém zdravotním systému. Jednou z možností, jak se pokusit napravit nedostatečnou nabídku pomoci kuřákům v rámci nemocniční péče, je vstup jednotlivých zdravotnických subjektů do Evropské sítě nekuřáckých nemocnic.

#### **4. 5. Evropská síť nekuřáckých nemocnic: ENSH**

ENSH, původně European Network of Smoke-free Hospitals, nový název je Global Network for Tobacco-free Healthcare Services

Důvodem vzniku této mezinárodní organizace je skutečnost, že kouření je nejvýznamnější odstranitelnou příčinou úmrtnosti i nemocnosti v současném světě a nemocnice jsou přirozeným centrem péče o zdraví. Měly by proto hrát v oblasti prevence a léčby závislosti na tabáku přední roli.

ENSH je mezinárodní síť, která sdružuje národní organizace i jednotlivé nemocnice, snažící se o důslednou kontrolu užívání tabáku. Nejedná se pouze o to, aby vnitřní i vnější prostory nemocnic byly zcela nekuřácké (což je dlouhodobým cílem), ale především o důsledné hledání cest, jak toho dosáhnout. Cíle jsou proto shrnuty do 10 oblastí, jejichž plnění účastníci se nemocnice hodnotí každoročně samy pomocí sebehodnotícího dotazníku. Jedná se např. o nabízení léčby závislosti pacientům i personálu, důsledné značení prostor, zákaz prodeje tabákových výrobků v nemocnici, akce zaměřené na problematiku kouření pro veřejnost, vzdělávání personálu v provádění krátké intervence v odvykání kouření a další aktivity. Podrobnosti o možnostech vstupu, přístupové listiny, sebehodnotící dotazník i další informace o síti možno nalézt v anglickém jazyce na [www.ensh.eu](http://www.ensh.eu), v češtině pak na stránkách Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku [www.SLZT.cz](http://www.SLZT.cz) pod heslem Nekuřácké nemocnice.

#### 4. 6. Evropský projekt hodnocení služeb odvykání kouření

S poskytováním léčby závislosti na tabáku, ať již v ambulantním režimu či v průběhu hospitalizace, souvisí i další zajímavý projekt, **e.SCCAN** (The European Tobacco Cessation Clinics Assessment), zaměřený na sjednocení názvosloví, dostupnosti a doporučených standardů ke sledování kvality léčby v jednotlivých centrech. Projektu, který probíhal v roce 2010 a 2011, se účastnili zástupci všech 27 států EU. Prvním bodem bylo zjištění současného stavu v jednotlivých státech. Cílem bylo zjištění počtu a fungování center a systém postgraduálního vzdělávání v problematice tabáku v některých evropských státech. Ve druhé fázi projektu byl distribuován dotazník, ve kterém centra sama hodnotí některé své parametry. Zástupci všech služeb poskytujících asistenci při odvykání kouření, v ČR především všech Center pro závislé na tabáku, byli požádáni o spolupráci a vyplnění krátkého sebehodnotícího dotazníku (příloha xxx), dostupného i v češtině na stránkách projektu [www.ofta-asso.fr/esccan](http://www.ofta-asso.fr/esccan), sekce e.SCCAN Tools, část self-audit. Za zmínku stojí, že za důležitou součást práce center je poskytování služeb i specifickým skupinám kuřáků, jako jsou adolescenti, těhotné ženy, příslušníci etnických minorit či právě pacienti s psychickými poruchami. (Králíková 2012, Štěpánková 2012)

Důležitým výstupem projektu byly i definice jednotlivých typů služeb v oblasti odvykání kouření, seřazených dále sestupně dle intenzity.

**Definice: Tobacco Cessation Service (TCS)**, tedy služby k odvykání kouření, zahrnují dle dosavadní podoby dokumentu tři základní stupně:

**1. Tobacco Cessation Clinics (TCC)** – kliniky pro odvykání kouření, ekvivalent v ČR jsou Centra pro závislé na tabáku. Centrum zabývající se léčbou závislosti na tabáku, personálně nejméně jeden lékař, celkem minimálně dva zdravotníci, z nichž nejméně jeden je vyškolen v léčbě závislosti na tabáku a může předepisovat medikaci v plném rozsahu. Je vybaveno monitorem CO, používá standardní léčebné postupy a způsob sledování úspěšnosti.

##### **2. Tobacco Cessation Practitioner Cabinet (TCPC)**

Tímto obtížně přeložitelným názvem je myšlena ordinace, většinou lékaře první linie (praktický lékař, jakýkoli ambulantní lékař), který část své pracovní doby věnuje této léčbě, ale nemůže poskytnout plný servis jako výše uvedená centra. Optimálně by měl mít

poskytování těchto služeb jasně deklarováno již v názvu ambulance. U nás seznam „výškolených lékařů“ na WWW.SLZT.CZ

**3. Tobacco Cessation Counselling Centres (TCCC)** – v ČR poradny pro odvykání kouření, např. při zdravotních ústavech či hygienických stanicích.

Pracoviště zabývající se léčbou závislosti na tabáku, kde se vyžaduje přítomnost vyškoleného terapeuta, ale nikoli lékaře. Většinou se jedná o sestru, psychologa nebo jiného terapeuta. Není k dispozici možnost preskripce léků, ale poradenství i doporučení k jejich užívání ano.

Dále byl v rámci projektu navržen a schválen evropský kodex praxe zaměřené na odvykání kouření.

### **Evropský kodex praxe TCS**

Byl vytvořen na podporu a zlepšení služeb pro odvykání kouření/léčbu závislosti na tabáku v Evropě pro všechny tři stupně podpory odvykání. Následující body se tedy týkají všech typů těchto služeb.

1. Jasná deklarace, že je k dispozici jakémukoli uživateli tabáku a nabízí prokazatelně účinnou léčbu.
2. Snaha všemi silami zajistit humánní a materiální zdroje k naplnění této mise.
3. Léčba všech uživatelů tabáku, ale přednostně by specializovaná centra měla řešit těžší případy. Pokud je služba nabízena jen specifickým rizikovým skupinám, například těhotným kuřačkám a nikoli jiným kuřákům, mělo by to být jasně deklarováno.
4. Léčba i validizace kuřáctví vychází z prokazatelně účinných metod a doporučení.
5. Personál se podílí na pre- i postgraduálním vzdělávání zdravotnických profesionálů v léčbě závislosti na tabáku.
6. Personál se podílí se na vývoji a výzkumu v oblasti léčby závislosti na tabáku.
7. Personál se podílí na propagaci odvykání kouření v rámci své komunity.
8. Trvalé vyhodnocování aktivit a stálé zlepšování pomocí zpětné vazby.



Rolí TCS je především věnovat se složitějším případům, vzdělávat zdravotnický personál v léčbě závislosti na tabáku, vyhodnocovat úspěšnost léčby svých pacientů, propagovat „dobrou praxi“ mezi ostatními zdravotníky a naopak eliminovat „špatné praxe“. Samozřejmě se předpokládá, že TCS neznamena jedinou možnost, jak je možné se zbavit kouření. Tato služba by však měla být snadno dostupná všem kuřákům. (Králíková 2012)

#### **4. 7. Zařazení aktivit k odvykání kouření do psychiatrické péče**

O kouření ve vztahu k psychiatrickým onemocněním panuje i mezi zdravotníky mnoho mýtů, 4 základní mýty, které se týkají této problematiky, shrnula CH. Pissinger dle dostupných pramenů v přehledném review. (Pissinger 2007):

1. Psychiatrickí pacienti si nepřejí přestat kouřit
2. Základní psychiatrické onemocnění by se zhoršilo, kdyby přestali kouřit
3. Psychiatrickí pacienti nejsou schopni přestat kouřit
4. Zákaz kouření je obtížné/nemožné zavést na psychiatrických odděleních

Komentáře k jednotlivým bodům:

1. Psychiatrickí pacienti si nepřejí přestat kouřit: Léčba závislosti na tabáku se psychiatrickým pacientům rutinně nenabízí a tento mýtus je jedním z důvodů, proč pouze jednomu kuřákovi z deseti je léčba nabízena v USA, (u nás je to pravděpodobně ještě méně). Studie s pacienty se schizofrenií, depresí či jinými závažnými psychiatrickými diagnózami shrnují, že většina těchto pacientů, kteří kouří, by si přála přestat a tato čísla se pohybují kolem 80 %, tedy podobně jako v běžné populaci, kde by také kolem 80 % kuřáků preferovalo nekuřáctví.

2. Základní psychiatrické onemocnění by se zhoršilo, kdyby přestali kouřit

*Deprese:* Některé studie ukázaly, že ti, kdo měli v anamnéze depresi, mají vyšší pravděpodobnost depresivních symptomů při odvykání kouření než ti s negativní anamnézou. Mnoho jiných studií ale takovou souvislost nepopisuje. Zdá se, že ke zhoršení dochází jen u velmi malého počtu pacientů, nevyšší riziko má bipolární afektivní porucha. Ale i tak mají ti, kdo přestanou kouřit, lepší prognózu a menší spotřebu léků v budoucnosti.  
*Schizofrenie:* Výsledky studií jsou kontroverzní, většinou s malým počtem pacientů (desítky).

V naprosté většině ale ke změně mentálního stavu nedošlo. Zdá se, že právě tito kuřáci by mohli profitovat ze starších (NTN, bupropion) i nových léků (vareniklin), které jsou prevencí vzniku abstinenčních příznaků a tím i zhoršení základního onemocnění.

*Závislost na alkoholu:* v poslední době se doporučuje nabízet pacientům léčbu obou závislostí najednou, pokud si to přejí, zanechání kouření nezhoršuje prognózu léčby druhé závislosti, dle mnoha pramenů ji dokonce zlepšuje. (Baca 2009, Kalman 2004) Při kombinované závislosti se naopak často po abstinenci od jedné drogy zintenzivňuje užívání drogy druhé (například abstinující od alkoholu nebo heroínu začnou intenzivněji kouřit, což má zásadní efekt na následnou mortalitu).

3. Psychiatrickí pacienti nejsou schopni přestat kouřit: Obtížnější odvykání souvisí s vyšší mírou závislosti na nikotinu, neurologickou vulnerabilitou, self-medikací nikotinem, nedostatkem podpory okolí či používáním neúčinných metod odvykání. I když některé studie ukázaly opravdu nižší úspěšnost než u kuřáků bez psychiatrických diagnóz, i tak přinejmenším třetina byla úspěšná. Tito pacienti jsou kandidáty intenzivní a dlouhodobé léčby, pak jsou výsledky srovnatelné.

4. Zákaz kouření je obtížné/nemožné zavést na psychiatrických odděleních: Zákon 379/2005 zakazuje kouření ve zdravotnických zařízeních, bohužel však s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení a oddělení pro léčbu závislostí – ke škodě pacientů i personálu. Ve studiích z jiných zemí se ukazuje, že i když před uvažovaným zákazem kouření mělo toto opatření jen malou podporu mezi personálem i pacienty, brzy po jeho zavedení byla podpora naprosto většinová, i když se občas mohla vyskytnout (nejčastěji verbální) agrese pacienta. Abstinenční příznaky by však samozřejmě měly být pokryty vhodnou medikací, hrazenou ze zdravotního pojištění (jako je to např. ve Velké Británii a USA). Zákaz kouření na těchto odděleních je pro pacienty i personál jednoznačně benefitem. Zkušenosti z USA ukazují, i naše osobní ze stáže na Mayo Clinic (Štěpánková 2010), kde zákaz kouření na psychiatrické klinice platí poslední 4 roky, že je možné jej zavést a dodržovat bez negativních důsledků. Navíc zkušenost s abstinencí během hospitalizace vede mnohé pacienty k tomu, že se rozhodnou i nadále nekouřit po propuštění z nemocniční péče.

**4.8. Shrnutí kapitoly:** Krátká intervence k odvykání kouření by měla být rutinní součástí klinického vyšetření a intenzivní léčba závislosti na tabáku by měla být dostupná pro co nejširší okruh pacientů. Vzdělávání personálu i zavedení systematické léčby by mělo probíhat v rámci fakult i zdravotnických zařízení. Možnost léčby by měli mít všichni pacienti včetně socioekonomicky či zdravotně znevýhodněných skupin obyvatel. Zavést opatření minimalizující spotřebu tabákových výrobků cestou prevence i léčby je důležité a přínosné i mezi pacienty s psychickými poruchami.

## 5. Závěr:

V našem souboru 1730 ambulantních pacientů se projevila celkově mírně snížená míra úspěšnosti léčby závislosti na tabáku u pacientů s anamnézou depresivní poruchy - 32.5 % oproti 38.7% úspěšnosti léčby pacientů bez této anamnézy. Při bližším pohledu se však rozdíl v úspěšnosti projevila pouze v mužské části souboru a pouze u pacientů, kteří nebyli pro depresivní poruchu v průběhu sledování farmakologicky léčeni.

Úvodní logistická regrese indikovala, že asociace mezi depresí a abstinencí by mohla být závislá na pohlaví. (Depression-by-gender interaction,  $p = 0.044$ ). Mezi ženami se abstinence ve skupinách s/bez anamnézy depresivní poruchy téměř nelišila (35.0% vs. 35.7%). Mezi muži měla skupina s anamnézou depresivní poruchy signifikantně nižší procento úspěšnosti (27.4% vs. 41.3%).

Další vícerozměrné analýzy proto byly provedeny zcela odděleně pro obě pohlaví. Po adjustaci pro základní kovariantní charakteristiky NEBYLA deprese sledována jako faktor asociovaný s nižší úspěšností léčby závislosti na tabáku u žen, ani u mužů.

Jako prediktory úspěchu léčby po roce se projeví: věk počátku kouření nad 18 let, kouření menšího počtu cigaret denně a mužské pohlaví. Jako faktory jednoznačně spjaté s vyšší úspěšností léčby byly pak identifikovány: užívání farmakoterapie určené k léčbě závislosti na tabáku a vyšší počet návštěv během sledování.

Tyto výsledky dokazují efektivitu a smysluplnost intenzivní léčby závislosti na tabáku u pacientů s anamnézou depresivní poruchy, a to i při použití shodných postupů jako v léčbě obecné populace.

Ačkoli jsou známy účinné postupy léčby závislosti na tabáku a povinnost provádění krátké intervence je dokonce zákonně zakotvena, příležitosti k intervenci využívá pouze malá část lékařů. Současně velké množství kuřáků v ČR není o možnostech intenzivní léčby v rámci zdravotního systému informováno. Kromě obvyklých bariér na straně lékařů, jako je nedostatek času, pocit nedostatečné kompetence a vlastní kuřácký návyk, v přístupu ke

kuřákům s psychickými problémy sehrává dále roli také mnoho mýtů spojených s odvykáním kouření u této podskupiny. Cestou, jak tento stav změnit, je vzdělávat lékaře během jejich profesní přípravy na lékařských fakultách i v průběhu postgraduálního vzdělávání. Zároveň je nezbytné vytvořit podmínky v rámci zdravotního systému, které by lékaře k těmto intervencím motivovaly.

## **Literatura:**

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.) doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines 2006: Treatment of Patients with Substance Use Disorders, 2nd Edition, on-line access at: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/SUD2ePG\\_04-28-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf)
- ASH: Stopping smoking: The benefits and aids to quitting. Action on Smoking and Health – November 2005. Available online at (<http://www.ash.org.uk/> , <http://www.ash.org.gov>)
- Baca CT, (M.D.), Yahne CE: Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. Journal of Substance Abuse Treatment, 36 (2009) 205–219
- Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y.: Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. Nicotine Tob Res. 2003 Feb;5(1):111-6.
- Borrelli, B.; Bock, B.; King, T.; Pinto, B. et al.: The impact of depression on smoking cessation in women. American Journal of Preventive Medicine, Vol 12(5), Sep-Oct 1996, 378-387
- Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R: Nicotine Dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. Arch Gen Psychiatry 2001. 58: 810-816
- Breslau N: Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. Psychol Med 2004. N. 34, 323-333
- Breslau, N.; Novak, S.P.; and Kessler, R.C. Psychiatric disorders and stages of smoking. Biological Psychiatry 55(1):69-76, 2004.
- Campion J., Checinski K., Nurse J.: Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. Advances in psychiatric treatment (2008), vol. 14, 208-216, <http://apt.rcpsych.org/>

- CDC 2001: Surgeon General's report – Women and smoking, Centers for Disease Control and prevention 2001: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2001/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2001/index.htm)
- CDC 2011: Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2011, available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6144a2.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Smoking control among health-care workers – World No-Tobacco Day, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993, 42:365-367.
- Croghan I.T., Ebbert J.O., Hurt J. T. et al.: Gender differences among smokers receiving interventions for Tobacco dependence in a medical setting. Addictive Behaviors 34 (2009) 61-67
- Croghan, I. T., Hurt, R. D., Dakhil, S. R., Croghan, G. A., Sloan, J. A., Novotny, P. J., et al. (2007). Randomized comparison of a nicotine inhaler and bupropion for smoking cessation and relapse prevention. Mayo Clinic Proceedings, 2, 186–195.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Ellis JA, Perl SB, Davis KD, Vichinsky L.: Gender Differences in Smoking and Cessation Behaviors Among Young Adults After Implementation of Local Comprehensive Tobacco Control. Published Ahead of Print on January 2, 2008, as 10.2105/AJPH.2006.101758, The latest version is at <http://www.ajph.org/cgi/doi/10.2105/AJPH.2006.101758>
- Evins AE, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. J Clin Psychopharmacol. 2005;25:218-25.
- Fagerström K: Determinants of Tobacco Use and Renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine & Tobacco Research. 2012, 14:75-78.
- Farrell M et al.: Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity, Results of a national household survey. British Journal of Psychiatry. [Online]. 2001; 179: pp.432-437. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/179/5/432> .

- Ferry LS, Grissino LM, Runfol PS: Tobacco Dependence Treatment Curricula in US undergraduate Medical Education. JAMA 1999, 282: 825-829
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008 [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco)
- Fiore, M.C., Bailey W.C., Cohen S.J. et al.: Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2000, [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco)
- Framework Convention on Tobacco Control, WHO 2003, [www.fctc.org](http://www.fctc.org)
- Geller AC, Zapka J, Brookes KR: Tobacco Control Competencies for US Medical Student. Am J Public Health 2004. Doi: 10.2105/AJPH.2004.057331
- George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ et al.: A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Biol Psychiatry. 2002;52:53-61.
- Gilman S.L, Zhou Xun: Příběh kouře, česká edice -dybbuk, Praha 2006
- Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: A follow-up study. Lancet 2001;357:1929-32.
- Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P. et al.: Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions NESARC, Arch Gen Psychiatry. 2004, 61: 1107-1115
- Hall, S. M., Tsoh, J. Y., Prochaska, J. J., et al.: Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *American Journal of Public Health*, (2006) **96**, 1808–1814.
- Hartl, P., Hartlova H.: Psychologický slovník, Portál, Praha 2000
- Hays, J. T., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., Patten, C. A., Hurt, R. D., et al. (1999). Response to nicotine dependence treatment in smokers with current and past alcohol problems. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 244–250.
- Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R : History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis . J Consult Clin Psychol. 2003 Aug;71(4):657-63.



- Hughes JR, Hatsukami D: Instruction for use of Minnesota Withdrawal Scale, sept. 2003, available at <http://www.uvm.edu/hbpl>
- Hughes, J. R. et al.: Depression during tobacco abstinence. *Nicotine and Tobacco Research*, (2007) **9**, 443–446.
- Hurt RD: Mayo Clinic Nicotine Dependence Center. Příspěvek na konferenci Tabák a zdraví, Praha, 30. 11. 2012, také na <http://ndc.mayo.edu>
- Kahler WCH, Spillane NS, Busch AM, Leventhal AM: Time-Varying Smoking Abstinence Predicts Lower Depressive Symptoms Following Smoking Cessation Treatment. *Nicotine and Tobacco Research* 2010. Volume 13, Issue 2, Pp 146-150
- Kalman D, Morissette SB, George TP: Co-morbidity of smoking with psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14:106-123. 29.
- Kalman D, Kahler C, Tirsch D et al.: Twelve week outcomes from a investigation of high dose nicotine patch therapy for heavy smokers with a past alcohol dependence history. *Psychol Addict Behav* 18, 78-82, 2004
- Kessler RC: Impact of Substance Abuse on the Diagnosis, Course, and Treatment of Mood Disorders. *The Epidemiology of Dual Diagnosis. Biol Psychiatry* 2004, 56, 730-737
- Králíková E.: Vareniklin. *Farmakoterapie*, 2007, č. 1, str. 15-28, ISSN 1801-7509, <on-line dostupné z <http://www.farmakoterapie.cz/cz/Clanek/524>>)
- Králíková E., Býma S., Cífková R. et al: Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. Speciální sdělení. *Časopis lékařů českých*, 144, 2005, č. 5
- Králíková E.: Farmakoterapie závislosti na tabáku. *Zdravotnické noviny*. 2/2011, roč. 60, s. 22, ISSN 0044-1996.
- Králíková E. a kol.: Závislost na tabáku - epidemiologie, prevence a léčba, Adamira, Břeclav, 2013
- Králíková, E, Štěpánková L., Hellerová, P.: Syndrom závislosti na tabáku, in: Raboch, J., Anders, M., Hellerová, P., Uhlíková, P.: *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče III*, Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, Tribun, Brno, 2010, 282 stran, str. 105 – 114, ISBN 978-80-7399-949-0
- Králíková E, Štěpánková, L.: Projekt spolupráce a kategorizace pracovišť pro léčbu závislosti na tabáku v Evropě, *Čas. Lék. čes.*, 151, 2012, 2, 88 – 89

- Kunst A, Giskes K. Mackenbach J.: Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. For the EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health, Department of Public Health Erasmus Medical Center Rotterdam, 9/2004
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al: Smoking and mental illness, a population based prevalence study, JAMA 2000, 284, 2606-10, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/284/20/2606>
- Mackenbach JP., Stirbu I., Roskam A-J., *et al.* (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine; 358(23): 2468-81. Marmot, M. et al.: Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England (The Marmot Review 2010), dostupné na <http://www.marmotreview.org>
- McNeill A: Smoking and patients with mental health problems. London, UK: NHS Health Development Agency; 2004.
- Miller WR, Rollnick S.: Motivational interviewing : preparing people for change, 2nd ed., The Guilford Press, New York 2002
- Millett C, Wen LM, Rissel C, Smith A, Richters J, Grulich A, de Visser R.: Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. Tob Control. 2006 Apr;15(2):136-9
- Murphy 2003: Murphy JM, Horton NJ, Monson RR et al.: Cigarette Smoking in Relation to Depression: Historical Trends From the Stirling County Study. Am J Psychiatry 2003, 160, 1663-1669
- National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8–22, New York, NY, Columbia University, 2005.
- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. Patient Education and Counseling. Jan 2009; 74(1):118 200.

- Pirie K., Peto R., Reeves GK, Green J., Beral V.: The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 381: 133–41
- Pissinger 2007: Pissinger, CH.: Smoking cessation in psychiatry: Is there sufficient evidence to recommend smoking cessation activities? A review of the literature, Network of Health Promoting Hospitals in Denmark, Copenhagen, March 2007, 24s.
- Pomerleau 1993: Pomerleau OF, Collins AC, Shiffman, Pomerleau CS. Why some people smoke and others do not: new perspectives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;61:723-31.
- Richmond R, Zwar N, Taylor R, Hunnisett J, Hyslop F. Teaching about tobacco in medical schools: a worldwide study. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Sep;28(5):484-97.
- Roddy, E., Rubin, P., Britton, J.: A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools, *Tob Control*, 2004, 13 (1), 74-77.
- Shenassa ED, Graham AL, Burdzovic JA, Buka SL.: Psychometric properties of the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68): a replication and extension. *Nicotine Tob Res.* 2009 Aug;11(8):1002-10. Epub 2009 Jun 19
- Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L.: Výzkumná zpráva: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR (období 1997-2008) Státní zdravotní ústav 2009, available in czech language on [www.szui.cz](http://www.szui.cz)
- Sovinová, H., Sadílek, P., Csémy, L.: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření. (Období 1997-2011) Výzkumná zpráva. SZÚ 2011
- Spilkova 2011: Spilková, J., Dzúrová, D., Pikhart, H. (2011): Inequalities in smoking in the Czech Republic: Societal or individual effects? *Health and Place*, 17, 215-221
- Štěpánková L., Králíková E.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, *Psychiatrie pro praxi*, 11, 2010, 2, 66 - 69
- Štěpánková, L., Králíková, E., Kmeťová, A.: Evropské konference a projekty o kontrole tabáku – ohlédnutí za rokem 2011, *Adiktologie*, 12, 2012, 4, 166 – 171

- Torchalla I, Okoli CT, Bottorff JL, Qu A, Poole N, Greaves L.: Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review. *Women Health*. 2012 Feb 9;52(1):32-54. doi: 10.1080/03630242.2011.637611
- Tsoh JY, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM: Development of major depression after treatment for smoking cessation. *Am J Psychiatry* 2000;. 157:368-374)
- Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- Ward , K D, Klesges RC, Zbikowski SM, Susan M, Bliss E. et al.: Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviors*, Vol 22(4), Jul-Aug 1997, 521-533. doi: 10.1016/S0306-4603(96)00063-9)
- Wiesbeck G.A., Kuh H.-C I., Yaldizli Ö., Wurs F.M, on behalf of the WHO/ISBRA Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence. *Neuropsychobiology* 2008;57:26-31 (DOI: 10.1159/000123119)
- West R, Hajek P (2004). Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. *Psychopharmacology*, 177, 195-199
- West, R., Hajek P., Stead, L., Stapleton, J.: Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 2005, Mar. 100, 299–303)
- West, R.: Theory of addiction. Blackwell Publishing, Addiction Press, Oxford 2006  
[www.primetheory.com](http://www.primetheory.com)
- WHO 2009: WHO global report: mortality attributable to tobacco  
<http://www.who.int/tobacco/publications/en/>
- WHO CSDH Report: Closing the gap in a generation, WHO Commission on Social Determinants of Health 2008, dostupné na:  
<http://www.ucl.ac.uk/ghcg/whocsdh/csdhreport/csdhexec>
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008, <http://www.who.int/tobacco/mpower/en>
- WHO: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Ženeva 1992, česká verze Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha 1992

Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, Breslau N, Brown RA, George TP, Williams J, Calhoun PS, Riley WT. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Nicotine Tob Res. 2008 Dec;10(12):1691-715.

**Internetové zdroje:**

<http://www.mayoclinic.org/ndc>, [www.SLZT.cz](http://www.SLZT.cz), [www.ensh.eu](http://www.ensh.eu), [www.treattobacco.net](http://www.treattobacco.net),  
[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco), [www.primetheory.com](http://www.primetheory.com), [www.FCTC.org](http://www.FCTC.org), [www.ofta-asso.fr/escan](http://www.ofta-asso.fr/escan)

## Příloha číslo 1: Fageström Test of Nicotine Dependence



Referenční centrum léčby závislosti na tabáku  
III. interní klinika 1.LF UK a VFN, Praha 2

### FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU (FAGERSTRÖM TEST OF NICOTINE DEPENDENCE FTND)

č: 01 \_ \_ \_ \_ \_

Pacient: \_\_\_\_\_

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností a označte ji křížkem před zvolenou odpovědí.

1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?

- ☐ do 5 minut
- ☐ do půl hodiny
- ☐ do hodiny
- ☐ za více než hodinu

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 3 body |
| 2 body |
| 1 bod  |
| 0 bodů |

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- ☐ ano
- ☐ ne

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 1 bod  |
| 0 bodů |

3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal?

- ☐ první ráno
- ☐ některou jinou

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 1 bod  |
| 0 bodů |

4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?

- ☐ do 10 cigaret
- ☐ 11-20 cigaret
- ☐ 21-30 cigaret
- ☐ více než 30 cigaret

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 0 bodů |
| 1 bod  |
| 2 body |
| 3 body |

5. Kouříte častěji, intenzivněji, během dopoledne?

- ☐ ano
- ☐ ne

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 1 bod  |
| 0 bodů |

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- ☐ ano
- ☐ ne

HODNOCENÍ

|        |
|--------|
| 1 bod  |
| 0 bodů |

SOUČET BODŮ:

Hodnocení závislosti na nikotinu:

|           |                       |
|-----------|-----------------------|
| 0-1 bod   | žádná nebo velmi malá |
| 2-4 body  | střední               |
| 5-10 bodů | vysoká                |

## Příloha číslo 2: MNWS, Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

Prosíme, ohodnot'te, jak jste se cítili během posledních \_\_ týdnů

0 = vůbec ne; 1 = nepatrně; 2 = středně; 3 = celkem dost; 4 = velmi

|  |           |
|--|-----------|
| 1. Zlost, podrážděnost, nespokojenost              | 0 1 2 3 4 |
| 2. Úzkost, nervozita                               | 0 1 2 3 4 |
| 3. Špatná nálada, smutek                           | 0 1 2 3 4 |
| 4. Touha kouřit                                    | 0 1 2 3 4 |
| 5. Obtížné soustředění                             | 0 1 2 3 4 |
| 6. Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti | 0 1 2 3 4 |
| 7. Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci       | 0 1 2 3 4 |
| 8. Neschopnost odpočívat                           | 0 1 2 3 4 |
| 9. Netrpělivost                                    | 0 1 2 3 4 |
| 10. Zácpa  | 0 1 2 3 4 |
| 11. Závratě  | 0 1 2 3 4 |
| 12. Kašel  | 0 1 2 3 4 |
| 13. Neobvyklé sny, noční můry                      | 0 1 2 3 4 |
| 14. Nevolnost                                      | 0 1 2 3 4 |
| 15. Bolení v krku                                  | 0 1 2 3 4 |

**Příloha číslo 3: Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS)**

(dle West R, Hajek P (2004), dotazník není validizován pro českou populaci)

Prosím označte pro každý níže uvedený příznak, nakolik jste ho pociťoval/a v posledních 24 hodinách.

|                          | Vůbec | Mírně | Středně | Velmi | Extrémně |
|--------------------------|-------|-------|---------|-------|----------|
| 1. Deprese               | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 2. Úzkost                | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 3. Podrážděnost          | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 4. Neschopnost odpočívat | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 5. Hlad                  | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 6. Horší soustředění     | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |
| 7. Poruchy spánku        | 1     | 2     | 3       | 4     | 5        |

8. Jak dlouho jste pociťoval/a v posledních 24 hodinách potřebu kouřit?

*(Zakroužkujte jedno číslo)*

| Vůbec | Málo času | Nějaký čas | Mnoho času | Téměř<br>všechn čas | Stále |
|-------|-----------|------------|------------|---------------------|-------|
| 0     | 1         | 2          | 3          | 4                   | 5     |

9. Jak silná byla tato potřeba kouřit? *(Zakroužkujte jedno číslo)*

| Bez potřeby<br>kouřit | Slabá | Střední | Silná | Velmi silná | Extrémně<br>silná |
|-----------------------|-------|---------|-------|-------------|-------------------|
| 0                     | 1     | 2       | 3     | 4           | 5                 |

Zakusil jste tento příznak v posledních 24 hodinách? *(Zakroužkujte jedno číslo).*

|                         | Ne | Slabě | Středně | Silně | Velmi silně |
|-------------------------|----|-------|---------|-------|-------------|
| 10. Bolest v ústech     | 1  | 2     | 3       | 4     | 5           |
| 11. Zácpa               | 1  | 2     | 3       | 4     | 5           |
| 12. Kašel/bolest v krku | 1  | 2     | 3       | 4     | 5           |



## **Příloha číslo 4: Seznam publikačních a přednáškových aktivit**

### **Publikace s IF:**

Kralikova, E., Bonevski, B., Stepankova, L., Pohlova, L., Mladkova, N.: Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe, *Drug Alcohol Rev*, 28, 2009, 5, 474–483 (IF 1,926)

Zvolska, K., Kralikova, E., Blaha, M., Sticha, M., Bortlicek, Z., Stepankova, L., Kmetova, A., Ceska, R.: The role of a center for tobacco-dependent in cardiovascular prevention - a retrospective study, *Neuroendocrinology Letters*, 33, 2012, suppl. 2, 101 - 106 (IF 1,296)

Stepankova, L.; Králíková, E.; Zvolska, K.; Kmetova, A.; Blaha, M.; Bortlicek, Z.; Sticha, M.; Anders, M.; Schroeder D.M.; Croghan, I.T.: Tobacco Treatment Outcomes in Patients With and Without Depression History, submitted to the Preventing Chronic Disease (IF 1.8)

### **Publikace bez IF:**

2006:

Stepankova, L., Kralikova, E.: Depression in patients of smoking cessation clinic, Prague. Abstract book of SRNT Europe Meeting, 23.-26. September 2006, Kusadasi, Turkey

Kralikova E., Stepankova L.: Léčba závislosti na tabáku a alkoholu- pionýrské přístupy doc. Skály v českém a celosvětovém kontextu současných doporučení. Abstrakt ve sborníku XII. mezinárodní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS J.E. Purkyně a 45. mezinárodní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS J.E.Purkyně. 21.-25. května 2006, Měříň

2007:

Králíková, E., Pohlová, L., Štěpánková, L.: Novinky v léčbě závislosti na tabáku, *Interní medicína pro praxi*, 9, 2007, 2, 63-66

Králíková, E., Pohlová, L., Štěpánková, L.: Role praktického lékaře v léčbě závislosti na tabáku, *Medicína pro praxi*, 4, 2007, 2, 52-55

Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, L.: Novinky ve farmakoterapii závislosti na tabáku, *Současná klinická praxe*, 6, 2007, 1, 38 – 42

Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, L., Pafko, P., Zajak, J., Felbrová, V., Malá, K., Čtvrťková, M.: Závislost na tabáku – souvislosti, současná situace v ČR, *Alergie*, 9, 2007, Suppl. 2, 20-23

Králíková, E., Štěpánková, L., Zajak, J.: 8. konference Evropské společnosti pro výzkum nikotinu a tabáku, *Čas. Lék. čes.*, 146, 2007, 1, 87

Králíková, E., Štěpánková, L., Tomášková, I.: Co nového ve výzkumu nikotinu a tabáku?, *Čas. Lék. čes.*, 146, 2007, 5, 537-8

2008:

Štěpánková, L., Králíková, E.: Ambulantní léčba v Centrech léčby závislosti na tabáku, Sborník abstrakt XIV. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci a 47. konference sekce AT při ČLS JEP, Měříň, 12.-15. 5. 2008

Štěpánková, L.: Psychobehaviorální intervence v léčbě závislosti na tabáku, II. mezioborový lékařský kongres Dýchání – podmínka života, ČLA ve spolupráci s SPL ČR, ČIPA, ČARO, Grandhotel Pupp, Kralupy Vary, 27.-29.11.2008, s. 20-21

Králíková, E., Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku v evropských ordinacích, Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 18, 2008, 5, 22-27

Králíková, E., Štěpánková, L.: Závislost na tabáku, lekce EUNI, [www.euni.cz](http://www.euni.cz)  
Vrablík, M., Štěpánková, L.: Kouření a léčba tabákové závislosti u pacientů s manifestním kardiovaskulárním onemocněním. Remedia 18.5.2008, str. 10-13

Vrablík, M., Štěpánková, L.: Kouření, kardiovaskulární komplikace a léčba závislosti na tabáku, Kardiologie v primární péči, 2008, 3, str. 98-101

2009:

Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, I.: Aktuální stav kontroly tabáku v ČR, Medicína pro praxi, 6, 2009, 1, 358 – 362

Kmet'ová, A., Štěpánková, L.: Seminář o metodologii výzkumu nikotinu a tabáku, Časopis lékařů českých, 148, 2009, 9, 459 – 460

2010:

Štěpánková L., Králíková E.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, Psychiatrie pro praxi, 11, 2010, 2, 66 - 69

Králíková, E., Kmet'ová, A., Štěpánková, L.: Seminář věnovaný léčbě závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, Praha, 26. ledna 2010, Čas. Lék. čes., 149, 2010, 4, 191 - 192

Králíková, E., Kmet'ová, A., Štěpánková, L.: Závislost na tabáku, děti a adolescenti, Praha, 17. února 2010, Čas. Lék. čes., 149, 2010, 4, 193

Kapitola:

Štěpánková, L.: Kouření a odvykání kouření v gynekologické praxi. In.: Fait, T., Dvořák V., Skřivánek A.: Atlas ambulantní gynekologie, Maxdorf –Jessenius 2009

Králíková, E., Štěpánková, L., Hellerová, P.: Syndrom závislosti na tabáku, in: Raboch, J., Anders, M., Hellerová, P., Uhlíková, P.: Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče III, Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, Tribun, Brno, 2010, 282 stran, str. 105 – 114, ISBN 978-80-7399-949-0

2012:

Štěpánková, L., Králíková, E., Kmetřová, A.: Evropské konference a projekty o kontrole tabáku – ohlédnutí za rokem 2011, *Adiktologie*, 12, 2012, 4, 166 – 171

Štěpánková, L., Kalvachová, M., Kořínková, I.: Kurz koordinátorů HPH (Health Promoting Hospitals, Nemocnic podporujících zdraví) a podzimní škola WHO v Praze. *Čas lék čes*, 151, 2012, 149 - 151

Králíková, E., Štěpánková, L.: Projekt spolupráce a kategorizace pracovišť pro léčbu závislosti na tabáku v Evropě, *Čas. Léč. čes.*, 151, 2012, 2, 88 – 89

#### Abstrakty:

Stepankova, L., Kralikova, E., Kmetova, A., Zajak, J.: Success rates of tobacco dependence treatment among patients with and without depression history, *Translating Science into Policy*, 12th conference SRNT Europe (Society for Research on Nicotine and Tobacco), September 6-9, 2010, Bath, UK

Kralikova, E., Kmetova, A., Stepankova, L., Zajak, J., Maly, M.: Treatment of tobacco dependence in the Czech Republic (CR), *Translating Science into Policy*, 12th conference SRNT Europe (Society for Research on Nicotine and Tobacco), September 6-9, 2010, Bath, UK

Kmetova, A., Kralikova, E., Maly, M., Stepankova, L., Zajak, J.: Smoking cessation, age of the first cigarette, and body weight, *Translating Science into Policy*, 12th conference SRNT Europe (Society for Research on Nicotine and Tobacco), September 6-9, 2010, Bath, UK

Stepankova, L., Kralikova, E., Kalvachova, M.: The role of Centers for Tobacco Dependence Treatment in the European Network of Smoke-Free Hospitals, 18th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Manchester, 14-16 April 2010

Králíková, E., Štěpánková, L., Pohlová, L., Langrová, K., Vojta, M., Zajak, J.: Tobacco dependence treatment in the Czech health care system, analysis of 1,027 patients, *Rapid Response Abstracts*, 13th Annual Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, February 21-24, 2007, Austin, Texas, USA, str. 20

Králíková, E., Štěpánková, L.: Novinky v léčbě závislosti na tabáku, XVIII. kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí, Mladá Boleslav, 16. – 18. 5. 2007, 79 – 80

Kralikova, E., Stepankova, L., Pohlova, L., Zajak, J.: Early start of smoking may worsen anthropometric parameters including their changes after quitting, *The 9th Annual Conference of the SRNT Europe*, Madrid, Spain, 3 - 6 October 2007, 45-46

Štěpánková, L., Králíková, E.: Závislost na tabáku, její důsledky a možnosti léčby(přednáška). II. konference ambulantních internistů. Olomouc, 22. 3. 2007. Abstrakt publikován in: *Interní medicína pro praxi*, ročník 9, 2007, Abstrakta II. konference ambulantních internistů, str. 17

Štěpánková, L., Králíková, E.: Depression in patients of Smoking Cessation clinic, Prague. Poster prezentovaný a publikovaný v rámci 8. Studentské vědecké konference 1. LF UK, 22. 5. 2007

Stepankova, L., Kralikova, E., Kmetova, A., Zvolska, K., Blaha, M., Sticha, M., Felbrova, V., Kulovana S.: Quitting with and without depression: abstinence rates and selected factors, XIV Annual Meeting of the SRNT Europe "Mission Possible – Towards a Tobacco-Free Society", Helsinki, Finland, September 30-August 2, 2012

Kmeťová, A., Králíková, E., Štěpánková, L., Zvolská, K., Škrha, J., Blaha, M., Bortlíček, Z.: Léčba závislosti na tabáku, přínosy a možná rizika u pacientů s diabetem, 46. Diabetologické dny v Luhačovicích, Česká diabetologická společnost ČLS JEP a Slovenská diabetologická spoločnosť, Městský dům kultury Elektra, Luhačovice, 22. – 24. 4. 2012

Kmeťová, A., Králíková, E., Štěpánková, L., Zvolská, K., Blaha, M., Bortlíček, Z.: Zvyšování hmotnosti po zanechání kouření je ovlivněno fyzickou závislostí na nikotinu, DMEV, 15, 2012, 1, 73

Kmeťová, A., Králíková, E., Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku, přínosy a možná rizika u pacientů s diabetem, DMEV, 15, 2012, Suppl. 1, 55

Zvolská, K., Králíková, E., Kmeťová, A., Štěpánková, L., Blaha, M., Bortlíček, Z., Šticha, M.: Léčba závislosti na tabáku kardiovaskulární prevencí, XVI. kongres o ateroskleróze, Česká společnost pro aterosklerózu ve spolupráci s Cerebrovaskulární sekcí České neurologické společnosti ČLS JEP, hotel Harmony, Špindlerův Mlýn, 6. - 8. 12. 2012

Štěpánková L., Králíková E., Zvolská K., Kmeťová A, Šticha M.: Úspěšnost odvykání kouření u pacientů s diagnózou deprese: Výsledky intenzivní léčby. In. Psychiatrie, supp 1, 2013, str. 39, ISSN 1211-7579

## **Přednášky:**

2006:

Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou  
Konference Tabák a zdraví, 14.11. 2005, Praha

Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou.  
Seminář Psychiatrické kliniky I. LF UK a VFN, 18.1. 2006, Praha

Štěpánková, L.: Kouření a psychiatrický pacient, Kozákův den, Ústav hygieny a epidemiologie, 17.5. 2006

Štěpánková, L.: Psychoterapeutické metody v léčbě závislosti na tabáku, seminář Centra léčby závislosti na tabáku, 27.5. 2006

Štěpánková L., Psychické aspekty léčby závislosti na tabáku, školení sester, Thomayerova nemocnice, 7.9. 2006

Štěpánková, L.: Psychoterapeutické metody v léčbě závislosti na tabáku, specifika odvykání kouření u pacientů s psychickými problémy. RIAPS, 15.9. 2006

Štěpánková, L.: Psychoterapie závislosti na tabáku, závislost na tabáku a psychiatrická komorbidita. Školení konzultantů Linky pro odvykání kouření, Praha, 14.10. 2006

2007:

Štěpánková, L.: Psychoterapie a farmakoterapie v léčbě závislosti na tabáku, samostatný seminář OS ČLK Svitavy, 31. 5. 2007

Štěpánková, L.: Závislost na tabáku a možnosti její léčby v ČR, samostatný seminář České lékařnické komory, 14. 11. 2007, Česká Lípa

Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku jako jedna z možností prevence nádorových onemocnění. Mezinárodní onkologický kongres, Znojmo, Loucký klášter, 5. 10. 2007, pořadatel ČLK

Štěpánková, L.: Problematika kouření a jeho vztah ke kardiovaskulárním chorobám. Předatestační kurz angiologie, II. interní klinika 1.LF UK a VFN, 23.11. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Závislost na tabáku, Lázně Jeseník (kredity ČLK), 26. - 27. 10. 2007, dvoudenní kurz pořádaný ČLK

Králíková, E., Štěpánková, L.: Metodika a prevence léčby závislosti na tabáku, IPVZ Ruská 85, Praha, 29. – 30. 11. 2007 (bez kreditů, pouze potvrzení IPVZ + závěrečný test), dvoudenní kurz

Králíková, E., Štěpánková, L., Malá, K., Felbrová, V.: Role sestry v léčbě závislosti na tabáku, celodenní kurz pro sestry, Thomayerova nemocnice, Praha, 20. 9. 2007 (kredity ČAS)  
Králíková, E., Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku – školení konzultantů Linky pro odvykání kouření, celodenní kurz, Praha, 20. 10. 2007 (bez kreditů)

Králíková, E., Štěpánková, L.: Novinky v léčbě závislosti na tabáku, XVIII. kongres pracovního lékařství s mezinárodní účastí, Mladá Boleslav, 16. – 18. 5. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Adalbertinum, Hradec Králové, 18. 9. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Hotel Harmony, Ostrava 25. 9. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Hotel Continental, Brno, 9.10. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Lékařský dům, Praha, 16. 10. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Slovenská lékařnická komora, Košice, Slovensko, 18. 10. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Lékařský dům, Praha, 23. 10. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékařnická komora, Parkhotel, Praha, 30. 10. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Česká lékárnická komora, Hotel Gomel, České Budějovice, 13. 11. 2007

Králíková, E., Štěpánková, L.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku, Bratislava, 22.11.

2008:

Štěpánková, L.: Závislost na tabáku, Symposium „Tiká v každé rodině – společně proti rakovině“, Liga proti rakovině Praha, 6. 2. 2008, Lékařský dům, Praha

Štěpánková, L.: Komplexní léčba závislosti na tabáku, Seminář pro praktické lékaře, Pardubice, 24. 4. 2008

Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku - možnosti v ČR, Mimořádná konference Katedry managementu a Katedry vzdělávání lékařů a jiných VŠ, NCO a NZO, ve spolupráci se SZÚ Praha: Zdravý životní styl – kouření, Brno, 29. 5. 2008

Štěpánková, L.: Kouření, deprese a riziko kardiovaskulárních onemocnění, Konference Tabák a zdraví, 7. 11. 2008, Lékařský dům, Praha

Štěpánková, L.: Psychoterapeutické metody a jejich specifika v geriatrii, Seminář Geriatrické kliniky, Geriatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha, 26. 11. 2008

2009:

Štěpánková, L., Králíková, E.: Doporučení komplexní léčby závislosti na tabáku, XV. kongres ČPFS a SPFS, TOP hotel, Praha, 25.-28. 6. 2009

Štěpánková, L., Králíková, E.: Role lékařů v léčbě závislosti na tabáku. Seminář pro farmaceuty a farmaceutické asistenty, hotel Gustav Mahler, Jihlava, 3. 4. 2009

Štěpánková, L., Králíková, E.: Kouření a revmatologie, důsledky kouření a možnosti léčby. Seminář Revmatologického ústavu, Praha, 21. 5. 2009

Štěpánková, L., Králíková, E.: Kouření a děti, jednání Výboru pro práva dítěte, Strakova akademie, Praha, 30. 9. 2009

Králíková, E., Štěpánková, L.: Současná léčba závislosti na tabáku v ČR, XV. kongres ČPFS a SPFS, TOP hotel, Praha, 25.-28. 6. 2009

Králíková, E., Kmetřová, A., Štěpánková, L., Felbrová, V., Kulovaná, S.: Léčba závislosti na tabáku v ČR podle zkušeností The Mayo Nicotine Dependence Center, 3. 11. 2009, Akademie věd, Praha

Králíková, E., Štěpánková, L.: Závislost na tabáku, kurz v rámci I. kongresu Léčba v psychiatrii 5. - 8. 11. 2009 (6. 11. 2009), Grandhotel Pupp, Karlovy Vary

Králíková, E., Štěpánková, L., Hellerová, P.: Závislost na tabáku, prezentace doporučeného postupu, I. kongres Léčba v psychiatrii, 5. - 8. 11. 2009 (6. 11. 2009), Grandhotel Pupp, Karlovy Vary

2010:

Štěpánková, L.: Motivace na pracovišti, VFN v Síti nekuřáckých nemocnic WHO, seminář Léčba závislosti na tabáku s podporou zaměstnavatele, Ústav hygieny a epidemiologie 1.LF UK, Praha, 26. 1. 2010

Štěpánková, L.: Nekuřácká VFN, , seminář II. interní kliniky, 18. 2. 2010

Štěpánková, L.: Kouření a psychické problémy v dětství a adolescenci, Motivace adolescentních kuřáků k léčbě, seminář Závislost na tabáku, děti a adolescenti, 1.LF UK, VFN, Magistrát Hl. m. Praha a SLZT, Emauzský klášter, Praha, 17. 2. 2010

Štěpánková, L.: Mayo Clinic Nicotine Dependence Center - systém léčby, důraz na psychosociální závislost, konference Stav ve věcech alkoholu, tabáku, a psychoaktivních léků v ČR v roce 2010, SNN ČLS JEP, Špindlerův Mlýn, 28. 4. 2010

Štěpánková, L.: Evropská síť nekuřáckých nemocnic, konference Stav ve věcech alkoholu, tabáku, a psychoaktivních léků v ČR v roce 2010, SNN ČLS JEP, Špindlerův Mlýn, 28. 4. 2010

Štěpánková, L.: Závislost na tabáku a psychiatrická komorbidita, konference Stav ve věcech alkoholu, tabáku, a psychoaktivních léků v ČR v roce 2010, SNN ČLS JEP, Špindlerův Mlýn, 28. 4. 2010

Štěpánková, L.: Mayo Clinic Nicotine Dependence Center, zkušenosti ze stáže v USA, Konference pracovníků center pro závislé na tabáku, 1.LF UK, Praha, 7. 5. 2010

Štěpánková, L.: Farmakoterapie psychických příznaků v průběhu odvykání kouření, Konference pracovníků center pro závislé na tabáku, 1.LF UK, Praha, 7. 5. 2010

Štěpánková L., Tomášková I.: Kouření, deprese a KVO, XVIII. výroční sjezd České kardiologické společnosti, Brno, 18. 5. 2010

Štěpánková, L.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, seminář Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, Praha, 26. 5. 2010

Štěpánková, L.: Zkušenosti ze zahraniční praxe v Mayo Clinic, konference Intervence u kouřících pacientů, Nemocnice Pardubice, posluchárna Nemocnice Pardubice, 9. 6. 2010

Štěpánková, L.: Výuka léčby závislosti na tabáku na lékařských fakultách, seminář Kouření: prevence, léčba a ochrana před pasivním kouřením, Zastoupení Evropské komise v České republice, Praha, 1. 7. 2010

Štěpánková, L.: Psychosociální intervence a motivace v léčbě závislosti na tabáku, seminář SNN, odd. pro návykové nemoci VFN, Praha, 1. 9. 2010

Štěpánková, L., Kmetřová, A.: Možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR, seminář podpory zdravého životního stylu, GE Money Bank, Praha, 9. 11. 2010

Postery:

Stepankova, L., Kralikova, E., Kmetova, A., Zajak, J.: Success rates of tobacco dependence treatment among patients with and without depression history, 12th Annual Meeting of the SRNT Europe, 6-9 September, Bath, UK

Kmetova, A., Kralikova, E., Maly, M., Stepankova, L., Zajak, J.: Smoking cessation, age of the first cigarette, and body weight, 12th Annual Meeting of the SRNT Europe, 6-9 September, Bath, UK

Stepankova, L., Kralikova, E., Kalvachova, M.: The role of Centers for Tobacco Dependence Treatment in the European Network of Smoke-Free Hospitals, 18th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Manchester, 14-16 April 2010

2011:

Štěpánková L.: 1. Problematická kouření jako rizikového faktoru v oblasti zdravotní péče. 2. Možnosti léčby závislosti na tabáku, činnost Center pro závislé na tabáku, legislativa a financování péče 3. Program a cíle ENSH, systém mezinárodní certifikace a sebehodnotící dotazníky. 4. Implementace opatření kontroly tabáku do zdravotnických zařízení. Lektor certifikovaného kurzu pro koordinátory programu HPH (Health Promoting Hospitals), organizovaného MZ a WHO. Praha, 20. 6. 2011

Štěpánková L.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, vícečetné závislosti. Oddělení pro léčbu závislostí (Apolinář) – kurz Závislost na tabáku pro zaměstnance VFN, 14.1.2011 a 5.4.2011.

Účastník pracovního setkání projektu e.SCCAN, 29..3. 2011, Amsterdam.. Round table discussion: Examples of good and bad practice experience with Tobacco Cessation Services from Finland, France, Czech Republic, Portugal and Italy. 30. 3. 2011, Konference ECTOH, Amsterdam

Štěpánková L.: Psychobehaviorální intervence a motivace v léčbě závislosti na tabáku. Mladá Boleslav, kurz Léčba závislosti na tabáku, pro závodní lékaře a sestry Škody Mladá Boleslav, 1.4.2011.

Štěpánková L., Králíková E., Kmetřová, A., Bortlíček Z., Bláha M.: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s anamnézou deprese, AT konference: Závislosti a veřejné zdraví, hotel Jezerka, Seč, 13. 4. 2011. + spoluautor dalších příspěvků konference

Štěpánková L., Králíková E.: Síť Center pro závislé na tabáku a jejich spolupráce v rámci HPH. Podzimní škola WHO / HPH 2011 v ČR, 12. 9. 2011, MZ ČR Praha

Štěpánková L.: 1. Psychobehaviorální intervence a motivace v léčbě závislosti na tabáku. 2. Farmakoterapie v léčbě závislosti na tabáku. Školení konzultantů Linky pro odvykání kouření, Praha, 7. 10. 2011

Štěpánková L.: Role center pro závislé na tabáku v síti Nemocnic podporujících zdraví., 13. 10. 2011, Seminář role pneumologa v léčbě závislosti na tabáku, Pneumologická klinika FN Motol



Štěpánková, L.: Nemocnice jako pracoviště, příklad VFN v Mezinárodní síti nekuřáckých nemocnic. Kongres pracovního lékařství, 14. 10. 2011, Státní zdravotní ústav.

Štěpánková L.: Novinky z ECTOH 2011, Amsterdam, Projekt e.SCCAN, Centra pro závislé na tabáku a síť HPH a ENSH, Konference center pro závislé na tabáku 10. 11. 2011, děkanát 1. LF UK

Štěpánková L.: Spolupráce Center pro závislé na tabáku v sítích HPH/ENSH. Projekt e.SCCAN a situace v léčbě závislosti na tabáku ve státech EU. Konference Tabák a zdraví 2011, Lékařský dům, 11. 11. 2011

Štěpánková L.: Problematika kouření jako rizikového faktoru ve zdravotní péči, standardy ENSH a sebehodnocení, implementace protikuřáckých opatření do zdravotnických zařízení (činnost Center pro závislé na tabáku v ČR, dostupné edukační programy a certifikované kurzy). Vzdělávací seminář pro koordinátory programu WHO/Nemocnice podporující zdraví v nových členských nemocnicích. Consulth Hospital. 15. 12. 2011

2012:

Štěpánková L., Závislost na tabáku, praktické postupy léčby. Pracovní setkání center projektu MedPed, Česká společnost pro aterosklerózu, Chocerady, hotel Akademie Naháč, 17. 4. 2012

Štěpánková L.: Duální diagnózy: Léčba závislosti na tabáku u pacientů s depresí a závislosti na alkoholu. Konference Center pro závislé na tabáku, 1. LF UK a VFN, SLZT, Praha, 27. 4. 2012

Štěpánková, L.: Nekuřácká VFN – příklad aktivit, Konference pro pracovníky Center pro závislé na tabáku, 1. LF UK a VFN, SLZT, Děkanát 1. LF UK a VFN, Praha, 24. 10. 2012

Štěpánková, L.: Aktuální doporučení pro ohrožené a znevýhodněné skupiny, specifika psychosociální i farmakologické intervence - chronicky nemocní, těhotné ženy, uživatelé jiných návykových látek, Konference pro pracovníky Center pro závislé na tabáku, Děkanát 1. LF UK a VFN, Praha, 24. 10. 2012

2013:

Štěpánková L., Králíková E., Zvolská K., Kmeťová A, Šticha M.: Úspěšnost odvykání kouření u pacientů s diagnózou deprese: Výsledky intenzivní léčby. Konference ČNPS, Jeseník, 6. 1. 2013